Rapport Annuel 2005~2006

Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Québec

Cette publication est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

NOTE
Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes

COORDINATION
Sandra Morin, conseillère aux communications

MISE EN PAGE
Karine Poirier, secrétaire

Les photos de la page couverture et de l'endos sont une gracieuseté de M. Lawrence Desrosiers

Dépôt légal - 4e trimestre 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque de l'Assemblée nationale
ISBN 2-89003-182-9

Mot du président du conseil d'administration

Monsieur le Ministre,

En janvier dernier, la Côte-Nord a vu se renouveler la composition du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux (Agence). C'est à titre de nouveau président que je dépose le rapport d'activité 2005-2006 qui fait état des réalisations de l'Agence et des résultats obtenus dans l'amélioration de la prestation des services à la population.

Le réseau nord-côtier de la santé et des services sociaux a consenti de nombreux efforts pour atteindre les cibles convenues aux ententes de gestion. Nous sommes particulièrement fiers des résultats obtenus. Ils témoignent somme toute de la pertinence de l'appui que vous accordez aux régions éloignées, notamment dans la répartition des effectifs médicaux et l'allocation des ressources.

Depuis les trois dernières années, de nombreux secteurs d'activité ont connu des améliorations notables au plan de l'offre de service. Les plus significatifs sont sans doute les services aux jeunes en difficulté, leur famille ainsi qu'aux personnes âgées en perte d'autonomie. L'implantation de quatre groupes de médecine de famille (GMF) est un avantage considérable dans le suivi des clientèles vulnérables de même que la création d'une unité de médecine familiale (UMF) qui représente un espoir de retenir en région des médecins formés chez nous.

Toutefois, de grands défis restent à relever dans les domaines de la santé mentale, de la réadaptation fonctionnelle intensive et de la déficience auditive. Plusieurs services ne sont pas accessibles en région et l'Agence souhaite œuvrer au développement de ceux-ci.

Les membres du conseil d'administration et moi-même voulons souligner l'excellent travail effectué par le personnel de l'Agence et son engagement envers l'amélioration des services à la population nord-côtière. Nous vous assurons, Monsieur le Ministre, de notre intérêt et de notre détermination à soutenir leurs efforts et à répondre aux défis qui se posent dans cette mission.

Le président du conseil d'administration,

Réginald Caron

Rapport de la présidente-directrice générale

L'année 2005-2006 a permis à l'Agence de consolider les changements structurants introduits, ces trois dernières années, dans le réseau de la santé et des services sociaux. À cet effet, le soutien à l'implantation des réseaux locaux de services, la conclusion et le suivi d'ententes de gestion avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les établissements ainsi que la participation aux activités du réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUIS-UL) ont été au cœur des activités de l'organisation.

Parallèlement à ce mouvement de fond, de nouveaux défis ont été relevés : la confection du plan d'action 2006-2010 pour faire face au vieillissement de la population, l'application des mesures d'urgence en situation de sinistre et la préparation du plan d'action pour faire face à une pandémie d'influenza.

La consolidation des changements structurants

Comme il est inscrit aux ententes de gestion 2005-2006, tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont présenté un plan de mise en œuvre de leur projet clinique pour le 31 décembre 2005. Constatant le besoin de soutien professionnel des établissements pour animer leur démarche, l'Agence a consenti un budget de 30 000 $ à chacun pour un chargé de projet, de même qu'adapté un outil d'animation issu de la région de l'Abitibi-Témiscamingue et organisé des séances de formation.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a démontré sa volonté de renforcer la participation des médecins à l'organisation des services. Dans le but de favoriser cette orientation, des rencontres, impliquant la présidente-directrice générale (PDG), le président de la Commission médicale régionale (CMR), le chef du Département régional de médecine générale (DRMG) et le directeur des affaires médicales, ont été tenues dans chacun des sept territoires de CSSS. Au menu de ces rencontres figuraient le rôle des instances médicales dont le RUIS, les enjeux régionaux dans l'organisation des services spécialisés et l'importance de la participation des médecins dans la planification des projets cliniques. Ces échanges ont également permis de recueillir les préoccupations actuelles des médecins. Ces rencontres ont mobilisé 67 médecins, ce qui représente 40 % des effectifs nord-côtiers.

Enfin, l'Agence a animé une démarche de planification des services pour la préparation des ententes de gestion. Cette démarche, réalisée en collaboration avec les gestionnaires des établissements, consiste en une projection du développement des services d'ici 2010 en fonction des cibles ministérielles et des besoins régionaux. Une fois cette opération complétée, les ressources consenties à la région pour 2005-2006 ont permis de définir les priorités à inscrire aux ententes de gestion. L'Agence s'est également employée à raffiner son processus de planification et de suivi de ces ententes.

Le Plan d'action régional 2006-2010 sur le vieillissement de la population nord-côtière

En vue de la production d'un plan d'action, déposé au MSSS en décembre 2005 tel que prévu, l'Agence a mené une vaste opération de consultation qui a mis à profit l'expertise des gestionnaires de toute la région. La production d'un état de situation pour chaque territoire de CSSS et une visite, impliquant la PDG, le directeur de l'organisation des services et le professionnel au dossier personnes âgées, dans chacun des réseaux locaux de services (RLS) ont permis d'établir les enjeux du vieillissement pour notre région, de bien connaître l'offre de service et de convenir des cibles 2005-2010. Le tiers de l'enveloppe régionale de développement 2006-2007 sera consacré à la mise en place d'une partie des actions planifiées.

L'application des mesures d'urgence en situation de sinistre

L'été 2005 a été fertile en événements nécessitant le recours aux mesures d'urgence : l'effondrement d'un stationnement sous-terrain à Sept-Îles en juillet et l'isolement du CSSS de l'Hématite provoqué par les feux de forêt pendant la même période ont nécessité le soutien de l'Agence et une surveillance continue.

Toutefois, ces activités sont sans commune mesure avec la vaste opération de mesures d'urgence occasionnée par la rupture de la route 138 en 17 endroits, dans la nuit du 31 août au 1er septembre 2005, qui a isolé la Côte-Nord du reste du Québec pendant 6 jours. L'Agence a dû, entre autres, assurer les services préhospitaliers d'urgence par hélicoptère dans les nombreuses zones enclavées (Haute-Côte-Nord, réserve montagnaise de Betsiamites, Pointe-aux-Anglais), procéder à l'évacuation des femmes enceintes à risque qui présentaient plus de 37 semaines de grossesse et assurer le transport aérien des personnes nécessitant des traitements en oncologie. La collaboration des agences du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de la Capitale-Nationale ainsi que des établissements de leur territoire a permis de soutenir le CSSS de la Haute-Côte-Nord, dans les cas d'urgence, au fur et à mesure du rétablissement de portions du réseau routier. Enfin, on a assuré l'approvisionnement en médicaments des établissements et des pharmacies communautaires de même que celui en fournitures et biens essentiels des établissements. L'organisation régionale de la Sécurité civile, la Sécurité publique et le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec ont été des collaborateurs précieux dans la réussite des actions entreprises.

Le Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza - mission santé

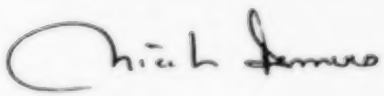
Afin de se préparer à faire face à une pandémie d'influenza, l'Agence, en coordination avec les actions ministérielles, a consolidé l'organisation régionale des mesures d'urgence par la mise en place de structures internes, la création d'un comité régional des coordonnateurs des mesures d'urgence et la nomination de personnes dans les postes de responsabilité dans tous les établissements. Parallèlement aux travaux visant le dépôt d'un plan d'action régional pour le 31 mai 2006, l'Agence a mené des actions de sensibilisation et de formation auprès des gestionnaires des établissements. Pour bien cerner les responsabilités des différentes instances dans la lutte à une pandémie d'influenza en milieu autochtone, des discussions ont eu lieu avec Santé Canada et le MSSS. La tenue d'une rencontre d'information et d'échange, avec les responsables des centres de santé des neuf communautés montagnaises de la région, a permis de poser les jalons de la planification des plans locaux des communautés et de la collaboration de chaque communauté avec le CSSS de son territoire.

L'équité interrégionale dans l'allocation des ressources

L'un des enjeux majeurs du réseau nord-côtier de la santé et des services sociaux est d'offrir des services à une population de faible densité, dispersée sur un immense territoire. Ce défi entraîne des coûts de production élevés qui sont maintenant reconnus dans la méthode développée par la Table provinciale de concertation sur l'allocation des ressources.

La suite des travaux du comité dimension régionale, dont j'assume la présidence, a permis encore cette année de mettre en exergue la situation de sous-financement de la région qui atteint maintenant 16 M$.

La présidente-directrice générale,



Nicole Demers

Rapport du directeur de santé publique

La Loi sur la santé publique demande au directeur de produire un rapport annuel portant sur l'état de santé de la population et les actions de santé publique prises pour améliorer l'état de santé.

Les faits saillants des interventions de santé publique pour l'année 2005-2006 portent sur la rédaction du volet santé publique du plan de pandémie d'influenza, la réalisation de l'Enquête santé Côte-Nord et la consolidation du dossier «École en santé».

Le Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza - mission santé

Le volet santé publique du plan de pandémie a sollicité la santé publique d'une façon très importante compte tenu que plusieurs interventions préparatoires à la survenue d'une pandémie relèvent de la santé publique au niveau des activités de surveillance et des mesures générales de prévention.

Ces travaux ont fait ressortir la nécessité de procéder avec rigueur de façon à maintenir nos acquis tels que les activités de vaccination et les enquêtes épidémiologiques. La mise en place de l'étiquette respiratoire dans les CSSS et l'installation de facilités pour le lavage des mains apparaissent essentielles. Il faut se rappeler que nous avons eu six éclosions de grippe dans les CSSS en 2004-2005.

Toujours dans le cadre de la protection contre les maladies infectieuses, la région s'est dotée d'une Table régionale en prévention des infections nosocomiales, présidée par docteur Pierre-R. Laberge, spécialiste en microbiologie au CSSS de Sept-Îles. Chacun des centres de santé et de services sociaux a désigné un infirmier ou une infirmière en prévention des infections; trois infirmières ont déjà reçu une formation spécialisée dispensée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et trois autres y sont inscrites.

L'Enquête santé Côte-Nord 2005

En octobre 2005, nous avons procédé à une vaste enquête de santé auprès de 3 600 Nord-Côtiers. Cette enquête regroupait plus de 80 questions touchant une vingtaine de thèmes. Les données de cette enquête permettront d'améliorer le portrait de santé de notre population, de mieux cerner certaines problématiques ou facteurs de risque et finalement d'orienter les interventions préventives. Il s'agissait de la troisième Enquête santé Côte-Nord (1995, 2000).

Cette année, nous avons innové avec une série de questions sur la sécurité routière élaborée en collaboration avec la Table de concertation sur la sécurité routière. Ceci nous a permis de mieux circonscrire la perception

d'insécurité sur nos routes, notamment pour les utilisateurs commerciaux. L'amélioration du réseau routier et de son entretien apparaissent des éléments de solution à la dangerosité de notre réseau routier. Cependant, près de 40 % des gens interrogés considèrent que le contrôle de facteurs humains tels que la vitesse et l'alcool au volant serait une des solutions. La Table de concertation aura à analyser ces résultats et à les intégrer dans les actions préventives à déployer.

Du côté des initiatives individuelles, nous relevons que 60 % des Nord-Côtiers ont agi pour améliorer leur santé durant la dernière année. En ce sens, ils ont, soit cessé de fumer, soit amélioré leur alimentation ou augmenté leur activité physique. La publication d'un plan d'action sur la prévention et la promotion de saines habitudes de vie en 2006-2007 précisera les outils que le réseau de la santé mettra à la disposition de la population désirant améliorer sa santé.

Certaines données demeurent toutefois préoccupantes. Plus de 700 de nos concitoyens joueraient à la loterie vidéo de façon excessive, 31 % de la population fumeraient de façon régulière ou occasionnelle et, par le fait même, exposeraient 60 % de la population à la fumée secondaire, 41,6 % seraient sédentaires et le principal obstacle à l'activité physique serait une surcharge de travail dans 40 % des cas. Ce dernier facteur de risque est associé à un niveau d'embonpoint anormalement élevé dès l'âge de 30 ans.

L'Enquête santé Côte-Nord 2005 nous indique que les priorités du Plan d'action régional de santé publique sont pertinentes et que certains résultats sont encourageants. Incidemment, plusieurs causes de maladies sont directement reliées au comportement des Nord-Côtiers. Le réseau aura à mettre en place des services de soutien à la population qui désire améliorer sa santé. La promotion de saines habitudes alimentaires, les cliniques de cessation tabagique, la promotion de l'activité physique, l'aide aux joueurs pathologiques sont des exemples de services.

Cependant, d'autres partenaires seront sollicités. Les municipalités pour créer un environnement favorable à l'activité physique et s'impliquer dans la fluoration de l'eau; les écoles pour augmenter l'accès à des heures d'activité physique et développer des compétences chez les jeunes en ce qui regarde de saines habitudes de vie et une vie sociale responsable; le ministère des Transports du Québec pour améliorer notre réseau routier, en collaboration avec des utilisateurs qui adopteront un comportement sécuritaire; les ministères qui auront à assurer l'accès à de l'eau potable dans les petites municipalités ainsi que des systèmes de traitement des eaux usées adéquats.

École en santé

La mise en application de l'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MSSS-MELS) a favorisé le déploiement du Plan d'action intersectoriel en prévention et promotion en milieu scolaire.

Plus de 8 écoles secondaires et 28 écoles primaires ont réalisé des activités en prévention et promotion de la santé durant la dernière année selon le portrait des activités réalisées par la Table régionale intersectorielle sur la promotion, la prévention et les services en milieu scolaire (TRIPPS) en 2005. En intégrant les interventions des différents programmes de prévention dans le plan d'action intersectoriel, il devenait plus facile pour le milieu scolaire de fondre les actions de prévention et promotion dans le plan de réussite scolaire. Toutes les activités de promotion de l'activité physique ou de saine alimentation, la gang allumée,

les informations sur les responsabilités des jeunes vis-à-vis la sexualité ou la consommation de drogues, peuvent se retrouver dans le programme de formation des jeunes et s'adapter selon leur âge.

Pour soutenir le développement de la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire, les deux réseaux ont convenu de mettre en place des mécanismes locaux. Plus spécifiquement, la Direction de santé publique de l'Agence a mandaté deux ressources professionnelles pour travailler directement avec les écoles et les CSSS pour élaborer des plans d'action. Cette approche permet de proposer au milieu scolaire des activités préventives validées au regard de leur efficacité et de leur capacité à répondre aux objectifs visés.

Le développement social

Depuis plusieurs années, la Côte-Nord a décidé de faire du développement social un enjeu pour le développement des communautés. L'Agence et la Conférence régionale des élus (CRÉ) ont conclu une entente de partenariat pour assurer le leadership, ce que nous avons convenu d'appeler le «réseau des partenaires».

En 2003, se tenait la première rencontre «Escale» permettant à plus de 150 participants de recevoir de la formation, de partager des histoires à succès et de proposer des avenues de travail en développement social. Deux ans plus tard, ce sont 180 participants qui ont de nouveau vécu une «Escale» avec des objectifs similaires.

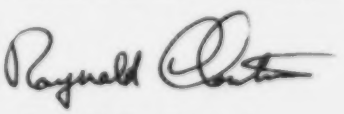
Pour consolider cette évolution du développement social, qui est passé d'un concept flou à un mouvement qui regroupe des centaines de bénévoles et de professionnels de différents organismes, le réseau des partenaires s'est doté d'un outil qui définit le développement social dans ses aspects opérationnels.

Comme le réseau des partenaires est basé sur une participation volontaire des organismes, le défi de maintenir l'intérêt à demeurer membre est constant. C'est d'ailleurs ce qui en fait un programme si captivant et dynamique puisque la survie est reliée à la capacité de soutenir des problématiques réelles vécues par la population.

Par ailleurs, l'Agence inclut aux ententes de gestion avec les établissements la mise sur pied de chantiers locaux, responsables de participer ou d'organiser des projets favorisant le développement social.

En conclusion, le défi d'améliorer la santé de la population est grand. Durant la prochaine année, nous réviserons le Plan d'action régional de santé publique. Il est clair que nous aurons à investir dans la prévention et la promotion, si nous souhaitons que les CSSS réalisent le déploiement des activités de ce plan d'action. Cependant, nous devrons concentrer nos efforts sur les interventions les plus efficaces et nous assurer de maintenir les gains déjà réalisés. Une planification respectueuse des perceptions de la population, recueillies lors de l'Enquête santé Côte-Nord 2005, devrait nous permettre de noter des améliorations lors de la prochaine enquête en 2010.

Le directeur de santé publique,



Raynald Cloutier, m.d.

DÉCLARATION PAR LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2005-2006 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Ce bilan concerne l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, à l'exception du CLSC Naskapi, en raison du retard dans l'implantation du système I-CLSC dans ce nouvel établissement.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2005-2006.

Nicole Demers
Présidente-directrice générale

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I - Présentation de l'Agence et des activités de soutien au réseau nord-côtier

La région 3
La mission 3
Le conseil d'administration 4
Le code d'éthique et de déontologie 5
Le Forum de la population 6
La Commission médicale régionale 6
La Commission infirmière régionale 8
La Commission multidisciplinaire régionale 8
Le Département régional de médecine générale 9
Le comité de concertation Agence-Établissements 10
La structure de l'Agence 11
Les établissements 13
Les communautés autochtones 14
Les organismes communautaires 15
Les ressources intermédiaires et de type familial 18
Les ressources humaines 19
Le Technocentre 20
Les communications 20

CHAPITRE II - Les services à la population

INTRODUCTION 25
LES SERVICES GÉNÉRAUX 27
1. Services infirmiers généraux 27
2. Services psychosociaux généraux 28
3. Effectifs médicaux 29
4. Services offerts aux femmes en violence conjugale et en agression sexuelle 30
   4.1 Campagne de sensibilisation aux risques d'agression sexuelle liée à une consommation de psychotropes 30
LA SANTÉ PHYSIQUE 31
1. Services d'urgence 31
2. Soins palliatifs 31
   2.1 Politique en soins palliatifs de fin de vie 32
   2.2 Lutte contre le cancer 32
3. Chirurgie 32
4. Accès aux services spécialisés 33
5. Services préhospitaliers d'urgence 34
6. Faits saillants 35
   6.1 Mesures d'urgence 35
   6.2 Risque de pandémie d'influenza 36
   6.3 Télésanté 36
   6.4 Informatisation des laboratoires 37
   6.5 Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval 37
   6.6 Traumatologie 37
LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT 38
1. Services dans la communauté - personnes âgées en perte d'autonomie 38
2. Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée 39
3. Faits saillants 39
   3.1 Visites d'appréciation en CHSLD et suivi des plans d'action 39
   3.2 Plan d'action régional 40
   3.3 Pour un nouveau partenariat au service des aînés 40
   3.4 Résidences privées 40

3.5 Système régional d'admission 41
LA DÉFICIENCE PHYSIQUE 42
1. Soutien à domicile 42
2. Services spécialisés 42
3. Faits saillants 43
3.1 Programme d'allocation directe pour les personnes vivant une situation de handicap et leur famille 43
3.2 Programmes sur les aides techniques aux personnes handicapées 44
3.3 Fermeture de deux entreprises d'économie sociale en aide domestique 44
3.4 Intensification des services spécialisés en déficience physique 44
3.5 Les services d'audiologie dans l'est de la région 45
3.6 Développement de places d'hébergement 45
3.7 Évaluation de la conduite automobile 45
LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT 46
1. Soutien à domicile - déficience intellectuelle 46
2. Soutien à domicile - trouble envahissant du développement 47
3. Services spécialisés - trouble envahissant du développement 48
LES JEUNES EN DIFFICULTÉ 49
1. Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté 49
2. Promotion et prévention - jeunes et familles 50
3. Services de deuxième ligne - jeunes et leur famille en difficulté 50
LES DÉPENDANCES 53
1. Services de première ligne - toxicomanies 53
2. Jeu pathologique 53
LA SANTÉ MENTALE 55
1. Services de première ligne 55
2. Services de crise et d'intégration dans la communauté 56
3. Faits saillants 56
3.1 Estimation de l'offre de service en santé mentale 56
3.2 Colloque sur l'appropriation du pouvoir des personnes utilisatrices de services en santé mentale 57
3.3 Profil nord-côtier des aidants naturels en santé mentale 57
3.4 Équipe de 2e niveau en santé mentale et protocole d'intervention pour les jeunes à risque suicidaire sous la responsabilité du Centre jeunesse 57
LA SANTÉ PUBLIQUE 58
1. Promotion et prévention - jeunes et familles 58
2. Dépistage du cancer du sein 58
3. Promotion de la santé et prévention 59
3.1 Prévention - tabagisme 59
3.2 Campagne promotionnelle 60
3.3 Sécurité alimentaire 61
3.4 Prévention et promotion de la santé en milieu scolaire «École en santé» 61
3.5 Kino-Québec 62
3.6 Santé dentaire 62
3.7 Prévention des traumatismes non intentionnels 63
4. Maladies infectieuses 63
4.1 Protection - infections transmissibles sexuellement et par le sang 63
4.2 Infections nosocomiales 64
4.3 Vaccination contre l'influenza 65
4.4 Maladies à déclaration obligatoire 65
4.5 Éclosions 66
4.6 Programme de vaccination de base 66
4.7 Santé des voyageurs 66
5. Développement social 67
6. Santé environnementale 67
7. Santé au travail 68
8. Surveillance et évaluation 69
L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE 70
1. Prestation sécuritaire des services 70
2. Personnel du réseau et du Ministère 71
3. Prévention des infections nosocomiales 71
4. Mesures de contrôle 72
5. Qualité des services et traitement des plaintes 72

6. Adaptation des services selon le sexe 73
6.1 Analyse différenciée selon les sexes 73
6.2 Condition de vie des femmes 73
6.3 Condition de vie des hommes 73
7. Accès aux services en langue anglaise 74

CHAPITRE III - Les informations financières

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 77
1. Équilibre budgétaire 77
1.1 Budget des établissements 77
2. Gestion des bâtiments et des équipements 79
3. Fonds régionaux 79
3.1 Immobilisations 79
3.2 Équipements 81
3.3 Location d'espaces 82
3.4 Autorisations d'emprunts 82
LE RAPPORT DE LA DIRECTION 84
LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS 85
LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 86
1. Résultats 86
2. Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2006 98

ANNEXES

A - Le code d'éthique et de déontologie
B - Reddition de comptes : Engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2005-2006
C - Répartition des maladies à déclaration obligatoire déclarées en 2005 selon les territoires de CSSS et la région Côte-Nord

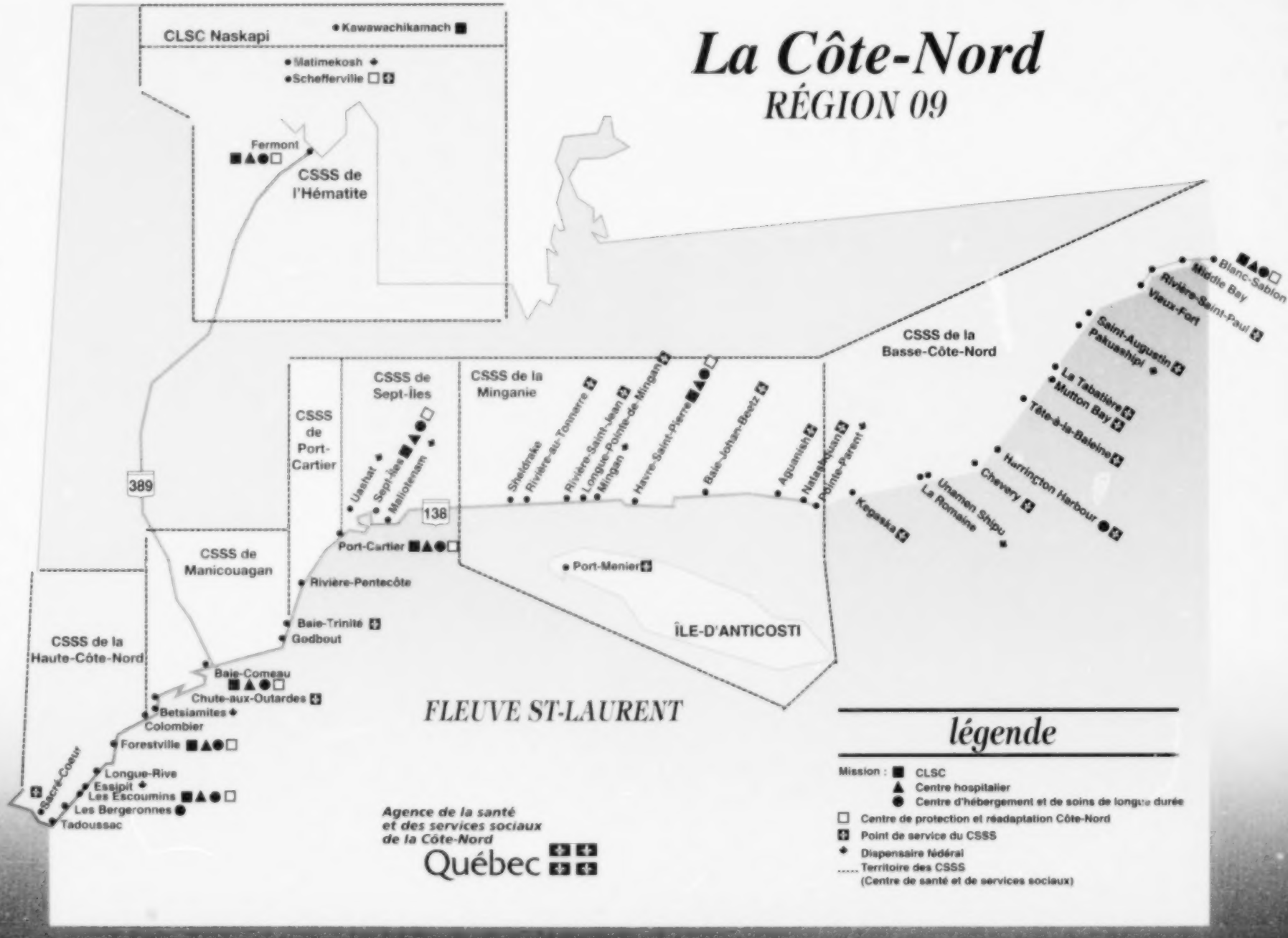
FIGURE

1 - Organigramme au 31 mars 2006 12

Liste des acronymes et des abréviations

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
AMP	Activités médicales particulières
APIC	Association pour la protection des intérêts des consommateurs
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CAUREQ	Centre d'appels d'urgence des régions de l'est du Québec
CCNU	Centre de coordination nationale des urgences
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR	Commission médicale régionale
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CPRCN	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CRÉ	Conférence régionale des élus
CRIC	Centre de recherche et d'information en consommation
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSEIQ	Dossier de santé électronique interopérable du Québec
DSP	Directeur des services professionnels
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
Forum	Forum de la population
GMF	Groupe de médecine de famille
HAP	Hydrocarbures aromatiques polycycliques
I-CLSC	Intégration CLSC
ICI	Intervention comportementale intensive
IISP	Infection invasive à streptocoque pneumoniae
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MRC	Municipalité régionale de comté

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
N/A	Ne s'applique pas
N/D	Non disponible
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACS	*Système d'archivage numérique et de communication* (P = traduction anglaise qui signifie Pictures)
PDG	Présidente-directrice générale
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
PSSP	Programme de subventions en santé publique
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseaux locaux de services
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF	Régime de retraite des fonctionnaires
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RSQ	Recrutement Santé Québec
RUIS-UL	Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIL	Système d'information dans les laboratoires
SOC	Soutien aux organismes communautaires
TA	Techniciens ambulanciers
TED	Trouble envahissant du développement
TRIPPS	Table régionale intersectorielle sur la promotion, la prévention et les services en milieu scolaire
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
UMF	Unité de médecine familiale
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive


La Côte-Nord
RÉGION 09
CLSC Naskapi
Kawawachikamach
Matimekosh
Schefferville
Fermont
CSSS de l'Hématite
CSSS de la Basse-Côte-Nord
CSSS de Sept-Îles
CSSS de la Minganie
CSSS de Port-Cartier
CSSS de Manicouagan
CSSS de la Haute-Côte-Nord
Uashat
Sept-Îles
Maliotenam
Shelldrake
Rivière-au-Tonnerre
Rivière-Saint-Jean
Longue-Pointe-de-Mingan
Mingan
Havre-Saint-Pierre
Baie-Johan-Beetz
Aguanish
Natashquan
Pointe-Parent
Kegaska
La Romaine
Unamen Shipu
Chevery
Harrington Harbour
Tête-à-la-Baleine
Mutton Bay
La Tabatière
Saint-Augustin
Pakuashipi
Vieux-Fort
Rivière-Saint-Paul
Middle Bay
Blanc-Sablon
389
138
Port-Cartier
Port-Menier
Rivière-Pentecôte
Baie-Trinité
Godbout
Baie-Comeau
Chute-aux-Outardes
Betsiamites
Colombier
Forestville
Longue-Rive
Essipit
Les Escoumins
Les Bergeronnes
Tadoussac
Sacré-Coeur
ÎLE-D'ANTICOSTI
FLEUVE ST-LAURENT
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
Québec
légende
Mission : CLSC
Centre hospitalier
Centre d'hébergement et de soins de longue durée
Centre de protection et réadaptation Côte-Nord
Point de service du CSSS
Dispensaire fédéral
Territoire des CSSS (Centre de santé et de services sociaux)

CHAPITRE I

Présentation de l'Agence et des activités de soutien au réseau nord-côtier

LA RÉGION

La Côte-Nord compte 95 549 habitants selon les plus récentes projections de population diffusées par le MSSS pour l'année 2005. Le territoire desservi par l'Agence s'étend de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par l'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville.

Les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent la moitié des habitants de la région, soit 49,6 %. Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire qui s'étale sur 270 000 km^2. La Côte-Nord est une des régions du Québec où la présence autochtone est bien présente avec neuf réserves, soit huit communautés montagnaises et une naskapie. Les autochtones comptent pour près de 9,1 % de la population nord-côtière, soit 8 650 personnes.

La population de la Côte-Nord est aussi plus jeune que celle de l'ensemble du Québec. En 2005, les statistiques révèlent que 30,3 % des citoyens de la région ont moins de 25 ans contre 29,3 % dans la province. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont par ailleurs moins nombreuses qu'au Québec. Elles représentent 11,3 % de la population nord-côtière alors que, dans la province, elles comptent pour 13,8 %.

Les résidents de la Côte-Nord sont majoritairement francophones sauf en Basse-Côte-Nord où 60,8 % de la population locale déclare uniquement l'anglais comme langue maternelle, soit environ 3 400 personnes.

LA MISSION

L'Agence s'assure, dans le cadre de ses fonctions et en collaboration avec ses différents partenaires, que toute la population de la Côte-Nord ait accès aux services requis pour le maintien et l'amélioration de sa santé et de son bien-être.

L'Agence travaille pour une population dont la réalité géographique, sociale, culturelle et économique a des particularités propres. Le plus grand défi est de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux à une des plus petites populations du Québec, répartie sur un des plus grands territoires de la province.

Selon les ressources disponibles et en concertation avec ses partenaires, l'Agence assure l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux de qualité qui doit s'adapter continuellement aux caractéristiques propres à la région et coller aux priorités ministérielles.

En fait, la préoccupation première de l'Agence est que le citoyen, peu importe où il réside sur le territoire, puisse avoir accès à des services de santé et des services sociaux.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Voici les membres qui ont siégé au conseil d'administration de l'Agence du 1er avril 2005 au 29 janvier 2006.

- Boulianne, Jacques* — Tadoussac
- Champagne, Louisette — Fermont
- Chevarie, Carole — Port-Cartier
- Cliche, Jean-Marc — Baie-Comeau
- Deraps, Octave — Sept-Îles
- Detroio, Anthony — Port-Cartier
- Gagnon, Jean-Eudes* (v.-prés.) — Baie-Comeau
- Jourdain, Huguette (prés.) — Sept-Îles
- Levasseur, Louise — Baie-Comeau
- Parisée, Jean — Havre-Saint-Pierre
- Picard-Kanapé, Marcelline — Betsiamites
- Vignola, Jacques — Fermont

Commission médicale régionale
- Samson, Arnaud (Dr) — Baie-Comeau

Commission infirmière régionale
- Girard, Francine — Port-Cartier

Commission multidisciplinaire régionale
- Bossé, Gervais — Forestville

Présidente-directrice générale
- Demers, Nicole — Baie-Comeau

* démission en septembre 2005.

Au total, huit rencontres ont été tenues entre les 1er avril 2005 et 29 janvier 2006 dont quatre par conférence téléphonique.

Voici les membres qui ont siégé au conseil d'administration de l'Agence du 30 janvier 2006 au 31 mars 2006.

- Calderisi, David M. — Blanc-Sablon
- Caron, Réginald (prés.) — Baie-Comeau
- Detroio, Anthony — Port-Cartier
- Foster, Céline — Forestville
- Gauthier, Anne — Baie-Comeau
- Giguère, Chantal — Baie-Comeau
- Landry, Jacques — Natashquan
- Lapierre, Nadine (v.-prés.) — Fermont
- Ouellet, Alain — Baie-Comeau
- Pinel, Pierre — Baie-Comeau
- Picard-Kanapé, Marcelline — Betsiamites

Commission médicale régionale
- Samson, Arnaud (Dr) — Baie-Comeau

Commission infirmière régionale
- Girard, Francine — Port-Cartier

Commission multidisciplinaire régionale
- Verret, Stéphane — Baie-Comeau

Présidente-directrice générale
- Demers, Nicole — Baie-Comeau

Au total, deux rencontres ont été tenues entre les 30 janvier 2006 et 31 mars 2006 dont une par conférence téléphonique.

Voici les membres qui ont siégé au comité de vérification au cours de l'année 2005-2006 :

- Deraps, Octave
- Detroio, Anthony
- Levasseur, Louise*
- Vignola, Jacques**
- Biron, Jacques (personne-ressource de l'Agence)

* démission en cours de mandat;
** remplacement de Louise Levasseur.

Durant l'année qui vient de s'écouler, deux réunions ont été tenues.

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

En novembre 2002, le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord adoptait un nouveau code d'éthique et de déontologie (Annexe A) pour les administrateurs. Ce dernier répond aux modifications apportées à la gouverne régionale par le projet de loi 28. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration des fonds publics, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Ce code d'éthique et de déontologie porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. En février 2003, un comité d'éthique et de déontologie a été mis sur pied et compte trois membres du conseil d'administration dont le mandat est d'une durée d'un an, renouvelable à chaque année.

Voici les membres qui ont fait partie de ce comité du 1er avril 2005 au 29 janvier 2006.

- Girard, Francine
- Levasseur, Louise
- Parisée, Jean

Les personnes suivantes ont été nommées pour l'année 2006-2007.

- Ouellet, Alain
- Picard-Kanapé, Marcelline
- Verret, Stéphane

À noter que, au cours de l'année 2005-2006, aucune déclaration de conflits d'intérêts n'a été effectuée.

Le Forum de la population

Le Forum de la population (Forum) est composé de quinze membres issus de la communauté. Le rôle du Forum consiste, notamment, à formuler des recommandations au conseil d'administration de l'Agence sur différents sujets et s'assurer que la population soit consultée au regard de ses besoins et des enjeux de santé et bien-être. Il est présidé par monsieur Dan Mauger. Une rencontre a eu lieu en 2005-2006. Le Forum a été consulté pour le Plan d'action régional 2006-2010 sur le vieillissement de la population nord-côtière.

Voici les membres qui composent cette instance.

MRC de la Haute-Côte-Nord
- Noël, Antoine — Sacré-Coeur

MRC de Sept-Rivières
- Cummings, René — Sept-Îles
- Dionne, Bernard — Port-Cartier
- Richards, Kathleen — Sept-Îles

MRC de Caniapiscau
- Vignola, Jacques — Fermont
- Einish, Sampson — Kawawachikamach

Territoire de la Basse-Côte-Nord
- Mauger, Dan (prés.) — Chevery

Communauté d'expression anglaise
- Joncas, Jarvin — Blanc-Sablon

MRC de Manicouagan
- Brisson, Christine — Baie-Comeau
- Émond, Claudine — Ragueneau
- Sirois, Carole — Baie-Comeau

MRC de la Minganie
- Landry, Jacques — Natashquan

Comité des usagers
- Foster, Céline — Forestville
- Turbis, Bernadette — Havre-Saint-Pierre

Communauté montagnaise
- Vollant, Jean-Marie — Sept-Îles

La Commission médicale régionale

La Commission médicale régionale (CMR) comprend douze membres. Elle a pour rôle de donner des avis au conseil d'administration de l'Agence sur les questions relatives à l'organisation des services médicaux.

Au 31 mars 2006, à titre de représentants des omnipraticiens, nous retrouvons :

- Dr Pierre Côté — Havre-Saint-Pierre
- Dre Marjolaine Gaumond — Les Escoumins
- Dr Raynald Pilon — Fermont
- Dr Arnaud Samson (prés.) — Baie-Comeau
- Poste vacant (démission du Dr Alain Bigué, Sept-Îles)

Du côté des spécialistes :

• Dr Édouard Botton	Sept-Îles
• Dre Michèle Brie	Baie-Comeau
• Dr Stéphane Guay	Sept-Îles
• Dr Michel Nantais	Sept-Îles
• Poste vacant (démission du Dr Pierre Guévremont, v.-prés., Sept-Îles)	

La PDG de l'Agence, madame Nicole Demers, de même que le directeur de santé publique, docteur Raynald Cloutier, complètent d'office la composition de la CMR.

De plus, des membres sans droit de vote siègent à titre d'observateurs :

• Dr Roger Dubé	Chef du DRMG
• Dr Pierre Gosselin	Représentant régional de la FMOQ
• Poste vacant	Représentant régional de la FMSQ
• Lucie Chouinard	Chef pharmacienne au CSSS de Manicouagan
• Alice Bourgeois	Chef pharmacienne au CSSS de Sept-Îles
• Dr Pierre Gauthier	DSP des établissements de santé et
• Dre Monique Bellemare	de services sociaux de la Côte-Nord
• Dre Sylvie Pepin	

La CMR s'est réunie à deux reprises lors de réunions régulières.

Des membres de la CMR ont participé à une rencontre avec des représentants du MSSS et de l'Agence relativement aux fonctions hospitalières régionales.

Les principaux sujets abordés :

- Équipements médicaux spécialisés;
- Table régionale des chefs de département en médecine spécialisée;
- Travaux - fonctions régionales;
- Plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialité;
- Organisation territoriale des laboratoires de biologie médicale;
- Accès aux résultats de laboratoire et de radiologie interétablissements;
- Télésanté;
- Consultation sur le plan d'action pour les aînés;
- Plan québécois contre la pandémie d'influenza;
- Tournée des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

Notons qu'en raison des nouvelles dispositions législatives prévues dans le projet de loi 83, la CMR a été abolie. Une Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a été créée dans chaque région du Québec. Cette instance aura notamment comme mandat de répartir les effectifs en spécialité sur le territoire et de voir à l'organisation des services de médecine spécialisée.

La Commission infirmière régionale

La Commission infirmière régionale (CIR) a pour rôle de donner des avis au conseil d'administration sur les questions relatives à l'organisation des services infirmiers. Au 31 mars 2006, la composition de la CIR était la suivante.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- Fortin-Dumont, Johanne — CSSS de Manicouagan
- Girard, Francine — CSSS de Port-Cartier
- Leblond, Raymonde — CSSS de Manicouagan
- Pigeon, Nathalie — CSSS de Sept-Îles

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)
- Morin, Isabelle — CSSS de Manicouagan

Direction des soins infirmiers - Responsables des soins infirmiers
- Berthelot, Marlène — CSSS de Sept-Îles
- Poste vacant

Cégep (département des soins infirmiers)
- Martin, Louise — Cégep de Sept-Îles

Membre coopté
- Poste vacant

Membres observateurs
- Deschênes, Yvonne
- Fournier, Juliette
- Poste vacant
- Poste vacant

Agence (personne désignée par la PDG)
- Boivin, Lise

En 2005-2006, la CIR a tenu une conférence téléphonique.

La Commission multidisciplinaire régionale

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a pour rôle de donner des avis au conseil d'administration sur les questions relatives à l'organisation des services autres que médicaux ou infirmiers. Voici les membres de la CMuR au 31 mars 2006.

- Bossé, Gervais — CSSS de la Haute-Côte-Nord
- Chouinard, Denise — CSSS de l'Hématite
- Dugas, Sylvie — CSSS de Port-Cartier
- Gendron, Marie-Claude — CSSS de Manicouagan
- Langevin, Denise (prés.) — CPRCN (Centre jeunesse)
- Leclerc, Sylvain — CPRCN (Centre jeunesse - Sept-Îles)
- Martel, Hélène — CSSS de l'Hématite
- Salvas, Chantal — CPRCN (Centre L'Émergent - Sept-Îles)
- Verret, Stéphane — CSSS de Sept-Îles
- Castonguay, Réal — Agence

La CMuR s'est réunie à une seule occasion au cours de la dernière année afin d'émettre son point de vue sur le projet de plan d'action régional concernant le vieillissement de la population nord-côtière. Des informations ont aussi été transmises sur la démarche régionale de soutien à l'élaboration des projets cliniques des CSSS.

Le Département régional de médecine générale

Créé en fonction de l'article 417.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et les médecins oeuvrant dans les établissements.

Ses principaux mandats :

- Faire des recommandations sur le plan des effectifs médicaux touchant les omnipraticiens;
- Définir et proposer un plan d'organisation des services médicaux généraux et s'assurer de leur mise en place;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux;
- Faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes considérés prioritaires;
- Faire des recommandations sur la liste des activités médicales prioritaires;
- Évaluer l'atteinte des objectifs quant au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et au plan des effectifs en omnipratique.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par le comité de direction composé de huit membres omnipraticiens, issus des territoires de la Côte-Nord et de profils de pratique différents. Docteur Roger Dubé, chef de ce département, assume ses responsabilités sous l'autorité de la PDG de l'Agence.

Les membres du comité de direction :

▪ Dre Chantal Baril	Sept-Îles
▪ Dr Roger Dubé (chef du DRMG)	Baie-Comeau
▪ Dr Pierre Gosselin	Port-Cartier
▪ Dr Rémi Mercier	Les Escoumins
▪ Dr Pierre Moore	Havre-Saint-Pierre
▪ Dre Hélène Perreault	Blanc-Sablon
▪ Dr Raynald Pilon	Fermont
▪ Dre Claudette Viens	Bergeronnes

Au cours de l'année 2005-2006, le comité de direction s'est réuni à quatre reprises et a tenu une conférence téléphonique.

Voici quelques sujets abordés :

- Pénurie et recrutement d'effectifs médicaux;
- Recrutement Santé Québec (RSQ);
- Plans de contingence;
- Mesures incitatives;
- Gestion du plan d'effectifs en omnipratique / détermination des objectifs de croissance aux établissements / octroi d'avis de conformité;
- Gestion des ententes particulières :
  - PREM;
  - Activités médicales particulières (AMP).
- Programme de boursiers en médecine de famille;
- Programme de stages en région;
- Développement des projets GMF;
- Projets cliniques;
- Télésanté;
- Accès aux résultats de laboratoire;
- Outil de communication DRMG-CMR.

Le comité de concertation Agence-Établissements

Afin de coordonner l'offre de service dans la région ainsi que les activités de gestion du réseau nord-côtier, la PDG de l'Agence anime un comité de concertation Agence-Établissements, auquel participent les directeurs généraux des établissements. Ce comité est la plate-forme privilégiée pour la consultation des gestionnaires sur la planification des services, l'allocation budgétaire et les grands dossiers régionaux.

Le comité a tenu sept rencontres et trois conférences téléphoniques en 2005-2006.

La structure de l'Agence

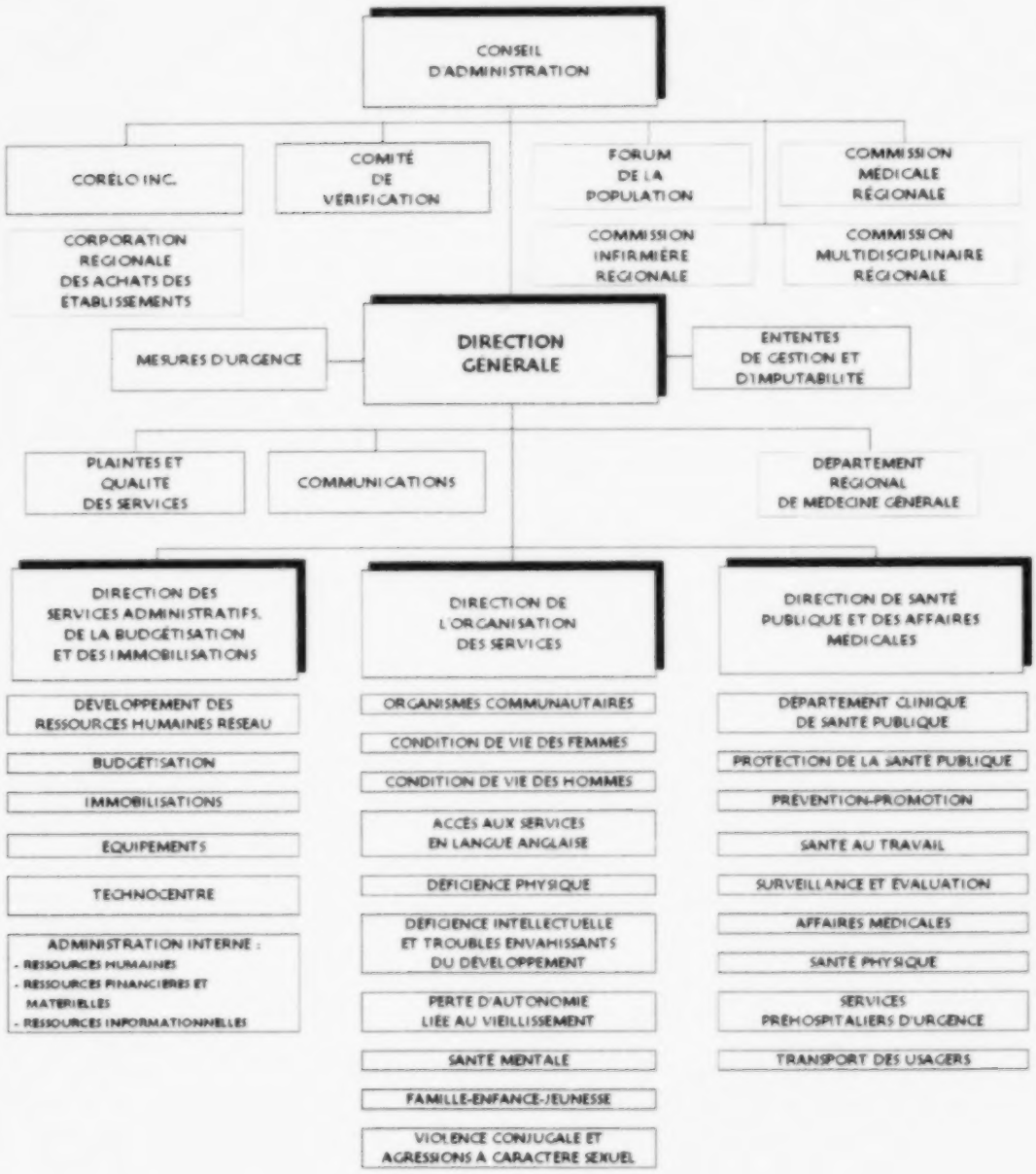
Au 31 mars 2006, le plan d'organisation de l'Agence repose sur quatre directions.

- Direction générale;
- Direction de santé publique et des affaires médicales;
- Direction de l'organisation des services;
- Direction des services administratifs, de la budgétisation et des immobilisations.

Le tableau et la figure qui suivent reflètent la répartition des effectifs et l'organigramme de l'Agence.

EFFECTIFS DE L'AGENCE AU 31 MARS 2006		EXERCICE EN COURS	EXERCICE PRÉCÉDENT
Employés cadres	Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	12	9
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
	Cadres en stabilité d'emploi		
Employés réguliers	Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	56	58
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en sécurité d'emploi)	3,92	4,52
	Employés en sécurité d'emploi	4	3
Employés occasionnels	Heures rémunérées	25 303,03	25 926,62
	Équivalents temps complet	13,86	14,20

FIGURE 1 - ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2006



LES ÉTABLISSEMENTS

La région compte neuf établissements. Sept d'entre eux sont des CSSS intégrant les missions médicale, sociale et d'hébergement de longue durée.

La MRC de la Haute-Côte-Nord

Le CSSS de la Haute-Côte-Nord a son siège social à Les Escoumins et dispense ses services à partir de trois pavillons situés à Bergeronnes, Les Escoumins et Forestville et d'un point de service à Sacré-Cœur. Il couvre le territoire qui s'étend de Tadoussac à Colombier, incluant la municipalité de Sacré-Coeur au nord et la communauté montagnaise d'Essipit. Le CSSS dessert une population de 12 430 habitants.

La MRC de Manicouagan

Le CSSS de Manicouagan dont le centre administratif est à Baie-Comeau compte deux points de service : Chute-aux-Outardes et Baie-Trinité.

La MRC de Manicouagan regroupe 33 189 habitants. Ce territoire débute avec la communauté montagnaise de Betsiamites et s'étend jusqu'à la municipalité de Baie-Trinité. Baie-Comeau avec ses 22 616 habitants est la municipalité la plus populeuse de ce territoire administratif.

La MRC de Sept-Rivières

La MRC de Sept-Rivières compte deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 34 234 personnes.

Le CSSS de Sept-Îles dessert 26 719 personnes. La ville de Sept-Îles représente la principale agglomération avec 25 280 résidents. Ce secteur compte également la communauté montagnaise de Uashat-Maliotenam.

Le CSSS de Port-Cartier dessert principalement les résidents de Port-Cartier et des environs, soit 7 515 personnes.

La MRC de Caniapiscau

La MRC de Caniapiscau comprend deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 3 627 personnes.

Le CSSS de l'Hématite est situé dans la ville de Fermont qui compte 2 489 personnes. Il dessert une population de 3 015 habitants.

Légalement constitué en 2001, le CLSC Naskapi, de juridiction provinciale, constitue le second établissement compris dans la MRC de Caniapiscau. Il offre ses services à la communauté naskapie à Kawawachikamach (612 habitants).

La MRC de la Minganie

C'est à Havre-Saint-Pierre (3 241 habitants) que se trouve le CSSS de la Minganie qui compte 7 points de service sur un territoire de 310 km, dont l'un en milieu isolé (Île-d'Anticosti). On retrouve deux communautés autochtones sur le territoire. La MRC de la Minganie compte une population de 6 558 habitants.

La Basse-Côte-Nord

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord est situé à Blanc-Sablon. Au total, le CSSS dessert une population de 5 511 habitants. Le territoire de la Basse-Côte-Nord s'étend de Kegaska jusqu'aux frontières du Labrador et comprend deux communautés montagnaises.

Sur une distance de 400 km, la Basse-Côte-Nord est majoritairement constituée de villages isolés dans lesquels sont offerts des services de dispensaire.

Une mission régionale

Le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord (CPRCN) couvre l'ensemble de la population régionale avec ses services de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, en toxicomanie ainsi qu'en protection de la jeunesse.

Son siège social est à Baie-Comeau et les services sont dispensés dans toutes les MRC, y compris sur le territoire de la Basse-Côte-Nord.

Les communautés autochtones

La Côte-Nord est, de toutes les régions du Québec, celle qui compte le plus grand nombre de communautés autochtones. En effet, environ 9 000 personnes résident dans l'une ou l'autre des neuf communautés de la région, soit huit montagnaises et une naskapie.

La nation naskapie de Kawawachikamach reçoit tous ses services du système québécois de santé et de services sociaux en vertu de l'entente du Nord-Est québécois. Le CLSC Naskapi a été créé en 2001, et la population a accès aux services médicaux et hospitaliers de même qu'aux services sociaux et de réadaptation dispensés par le réseau nord-côtier.

Les communautés montagnaises assument les services de première ligne offerts dans les réserves, aux personnes qui y résident, à même des budgets consentis par le gouvernement fédéral. Elles ont des ententes de services avec le réseau québécois pour les services de protection et de réadaptation de la jeunesse. Par ailleurs, les Montagnais ont accès aux services du réseau québécois dispensés hors réserve comme les services hospitaliers, de réadaptation ou d'hébergement de longue durée.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le financement de base accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires et bénévoles permet à l'Agence de soutenir 102 organismes impliqués dans plusieurs secteurs d'activité concernant directement la santé et les services sociaux. Le tout représente un investissement de 7 606 087 $. Pour consentir à l'attribution de ces crédits, l'Agence exige que les organismes respectent les normes édictées par le MSSS, telles qu'elles sont décrites dans le cadre de gestion prévu pour ce programme. Ainsi, l'Agence reçoit de chacun de ces organismes un rapport annuel faisant état des activités réalisées et de ses états financiers. La transmission à l'Agence de prévisions budgétaires équilibrées à chaque année assure cette dernière de la saine gestion de ces organismes. Un processus d'analyse permet à chaque professionnel d'effectuer le suivi de gestion des fonds publics dédiés au soutien communautaire. Par cette démarche, l'Agence est en mesure d'apporter l'aide requise aux organismes en difficulté et aussi de témoigner de l'importante contribution sociale de ces organismes dans la mission globale d'amélioration de la santé et du bien-être de la population nord-côtière.

DONNÉES FINANCIÈRES

Organisme	Subvention 2004-2005 ($)	Subvention 2005-2006 ($)	Catégorie
Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan		11 974	Trouble envahissant du développement
Actions Sida Côte-Nord	50 750	51 867	VIH-SIDA
Ado-Cité - Maison des jeunes	27 454	28 058	Maison de jeunes
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute-Côte-Nord inc.	10 004	10 130	Déficience physique
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.	16 376	16 688	Déficiences multiples
Association des jeunes de Fermont	10 000	10 220	Maison de jeunes
Association des parents et amis du malade émotionnel Baie-Comeau inc.	53 268	63 943	Santé mentale
Association des parents PANDA Manicouagan	2 000	5 333	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan	21 749	22 179	Déficience physique
Association des sourds de Baie-Comeau	3 795		Déficience physique
Association Fibromyalgie de Duplessis	10 359	10 493	Déficience physique
Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)	22 690	11 975	Trouble envahissant du développement
Association parents et amis du malade émotionnel de Sept-Îles inc.	56 055	64 241	Santé mentale
Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité (A.Q.E.A.), Chapitre Côte-Nord	5 735	5 861	Déficience physique

DONNÉES FINANCIÈRES			
Organisme	**Subvention 2004-2005 ($)**	**Subvention 2005-2006 ($)**	**Catégorie**
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	20 371	20 709	Personnes âgées
Centre d'action bénévole de la Minganie	54 737	61 702	Centre d'action bénévole (CAB)
Centre d'action bénévole de Sept-Îles inc.	108 034	110 542	Centre d'action bénévole (CAB)
Centre d'action bénévole Le Nordest	186 260	190 540	Centre d'action bénévole (CAB), Personnes âgées
Centre d'activités de la Haute-Côte inc.	52 603	53 760	Déficiences multiples
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) région Côte-Nord	214 752	219 477	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Côte-Nord	192 345	196 577	Assistance et accompagnement / Centre téléphonique
Centre d'intervention Le Rond-Point	94 422	97 465	Alcoolisme et toxicomanie et autres dépendances
Centre de bénévolat de Port-Cartier inc.	70 781	72 593	Centre d'action bénévole (CAB)
Centre de bénévolat Manicouagan inc.	129 602	132 584	Centre d'action bénévole (CAB)
Centre de dépannage des Nord-Côtiers	2 000	2 000	Personnes démunies
Centre de femmes «l'Étincelle»	116 543	128 830	Centre de femmes
Centre de jeunes La Zone	5 530	5 575	Maison de jeunes
Centre des femmes de Forestville	116 212	128 515	Centre de femmes
Centre d'intervention et de prévention du suicide Côte-Nord	295 208	308 369	Assistance et accompagnement / Centre téléphonique
Centre femmes aux quatre vents	116 151	128 460	Centre de femmes
Centre Joie de vivre de Port-Cartier inc.	76 101	77 844	Personnes âgées
Centre Le Volet des femmes	121 223	132 883	Centre de femmes
Club des Citoyens Seniors de Chevery	2 675	6 000	Personnes âgées
Club l'Étape Manicouagan	2 948	4 614	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes	15 475	15 815	Autres ressources femmes
Comité action jeunesse de Bergeronnes	18 392	18 720	Maison de jeunes
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	18 392	18 720	Maison de jeunes
Comité action jeunesse de Tadoussac	3 500	3 500	Maison de jeunes
Comité action jeunesse des Escoumins	18 392	18 720	Maison de jeunes
Comité de bénévoles Bergeronnes	3 000	3 042	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Escoumins	3 095	3 144	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Coeur	2 501	2 552	Maintien à domicile
Comité jeunesse de Sainte-Anne-de-Portneuf	17 710	18 023	Maison de jeunes
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	13 731	13 866	Personnes démunies
Comptoir alimentaire, L'Escale	13 731	13 866	Personnes démunies
CoNVERjaNCE Manicouagan	173 470	177 020	Organisme de justice alternative
Cuisine collective des écureuils de Baie-Comeau	2 000	2 000	Personnes démunies
Éki-Lib Santé Côte-Nord	6 081	5 747	Santé physique
Espace Côte-Nord	102 370	104 622	Autres ressources jeunesse
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	52 611	53 768	Déficiences multiples
Groupe nord-côtier de défense des droits en santé mentale	43 334	65 000	Santé mentale
Hommes Sept-Îles, Centre d'entraide pour hommes inc.	25 113	37 780	Autres ressources hommes
Justice Alternative Côte-Nord inc.	212 425	216 832	Organisme de justice alternative
L'Association des locataires de la résidence Père Méthot	1 000	1 020	Maintien à domicile
L'Association Épilepsie Côte-Nord inc.	15 916	16 145	Santé physique
L'Âtre de Sept-Îles	242 220	247 417	Santé mentale

DONNÉES FINANCIÈRES			
Organisme	**Subvention 2004-2005 ($)**	**Subvention 2005-2006 ($)**	**Catégorie**
L'Entre-deux-Tournants	51 815	52 955	Maison de jeunes
L'Espoir de Shelna	52 610	75 767	Déficiences multiples
La Maison des jeunes «La Boîte» de Ragueneau	18 392	18 720	Maison de jeunes
La Maison des jeunes de Port-Cartier inc.	92 866	94 909	Maison de jeunes
La maison des jeunes La Relève	78 345	80 069	Maison de jeunes
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	18 392	18 720	Maison de jeunes
La Maison du Tonnerre	35 574	36 357	Maison de jeunes
La Maison le Zen-Hits	18 725	18 500	Maison de jeunes
La Maison, Le Coin des femmes, Sept-Îles inc.	401 308	460 440	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
La Percée	12 243	12 512	Santé mentale
La Vallée des Roseaux	278 541	284 669	Cancer
L'Alliance des femmes	116 277	128 573	Centre de femmes
L'Association canadienne pour la santé mentale Côte-Nord inc.	72 342	73 934	Santé mentale
Le Comité de bénévoles de Tadoussac	2 209	2 256	Maintien à domicile
Le Créam	124 369	129 438	Santé mentale
Le Module d'épanouissement à la vie de Port-Cartier	9 307	9 512	Déficiences multiples
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles	28 213	28 834	Déficiences multiples
Le Pivot des Îles inc.	52 612	53 769	Déficiences multiples
Le Répit Daniel Potvin inc.	133 047	135 974	Déficiences multiples
Les Amis du Rayon d'or	26 026	26 749	Personnes âgées
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	23 033	26 726	Déficiences multiples
Les Habitations communautaires Le Gîte inc.	27 823	28 435	Santé mentale
Maison Anita LeBel	61 104	62 448	Autres ressources femmes
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.	322 195	358 965	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison de transition Baie-Comeau inc.	156 459	162 520	Santé mentale
Maison des femmes de Baie-Comeau	406 508	448 138	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison des jeunes «La Source» Minganie	59 373	60 679	Maison de jeunes
Maison des jeunes «Le S.Q.U.A.T.»	26 512	27 018	Maison de jeunes
Maison des jeunes de Longue-Rive	11 620	11 799	Maison de jeunes
Maison des jeunes l'Authentique	27 454	28 058	Maison de jeunes
Maison des jeunes l'Entretemps de Forestville	70 396	71 945	Maison de jeunes
Maison l'Amie d'Elle inc.	424 794	464 563	Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre	13 766	14 025	Déficiences multiples
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	14 853	15 144	Déficiences multiples
Nouveau regard	5 564	5 686	Santé mentale
PAPIPLUS	25 113	37 780	Autres ressources pour hommes
Point de rencontre inc.	150 132	154 456	Maison d'hébergement pour hommes en difficulté
Regroupement des agoraphobes de Baie-Comeau	12 243	12 512	Santé mentale
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale Côte-Nord	9 531	10 360	Santé mentale
Répit Richelieu	133 047	135 974	Déficiences multiples
Ressource de réinsertion «Le Phare»	22 259	22 749	Santé mentale
Société Alzheimer de la Côte-Nord	18 237	18 440	Personnes âgées
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Côte-Nord	4 081	9 081	Déficience physique
Table de concertation régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Côte-Nord	53 365	57 149	Concertation et consultation générale

DONNÉES FINANCIÈRES			
Organisme	**Subvention 2004-2005 ($)**	**Subvention 2005-2006 ($)**	**Catégorie**
Transit Sept-Îles	11 142	18 608	Santé mentale
Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.	7 334	12 116	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Vers l'âge Senior inc.	135 000	138 736	Personnes âgées
TOTAL D'ARGENT VERSÉ AUX ORGANISMES :	**7 129 343**	**7 606 087**	
NOMBRE TOTAL D'ORGANISMES SOUTENUS :	**102**	**102**	

LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL

Le réseau de ressources intermédiaires et de type familial de la région est composé de 721 places réparties dans 208 ressources :

- 133 familles d'accueil et une ressource intermédiaire cumulant un parc de 343 places s'adressent aux jeunes âgés de moins de 18 ans;
- 62 résidences d'accueil avec 253 places sont destinées aux adultes et aux personnes de 65 ans et plus;
- 12 ressources intermédiaires totalisant 125 places sont dédiées aussi aux adultes et aux aînés.

Les faits saillants de ce programme se résument particulièrement aux visites ministérielles d'appréciation de la qualité des services dans ces milieux non institutionnels qui ont été amorcées dans la région à l'automne 2005.

Trente-deux ressources des régions de Sept-Îles et de Baie-Comeau s'adressant à des clientèles différentes ont été visitées. Les clientèles touchées ont été les jeunes de moins de 18 ans, les aînés en perte d'autonomie, les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et enfin celles ayant des problèmes de santé mentale. À la fin de la démarche, un rapport est produit et l'Agence doit convenir, avec l'établissement gestionnaire de chacune de ces catégories de ressources, d'un plan permettant de donner suite aux recommandations du rapport et d'en assurer le suivi.

Les ressources humaines

Les récents changements législatifs ont imposé les priorités régionales et locales en ressources humaines. La réorganisation des établissements engendrée par le projet de loi 25, le dossier des accréditations syndicales et les négociations locales en respect du projet de loi 30 ainsi que les obligations découlant du projet de loi 142 auront guidé les actions des responsables des ressources humaines des établissements de santé et de l'Agence.

Ce contexte ne pouvait pas soustraire le réseau nord-côtier à devoir continuer à maintenir ses interventions dans le dossier de la présence au travail et dans la recherche de solutions pour pallier la pénurie de main-d'œuvre.

Objectifs

- Soutenir les établissements dans l'application des projets de loi 30 et 142;
- Organiser des activités diverses de formation pour le personnel du réseau et, tout spécialement, en aide à la négociation locale;
- Soutenir et conseiller les établissements en vue d'améliorer la gestion de la présence au travail.

Résultats

Plus de 750 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de notre région ont pris part à nos activités d'information et de promotion offertes sur l'ensemble du territoire nord-côtier.

Quarante-deux sessions différentes ont été tenues portant sur des sujets aussi variés que la gestion des risques, l'analyse différenciée selon les sexes, les habiletés de négociation, la formation en immunisation, l'appropriation du projet clinique, la circulation de l'information clinique, la gestion de projets, le soutien aux personnes atteintes de cancer et aux proches.

Plus de 300 membres du personnel des établissements et près de 200 employés ou bénévoles des organismes communautaires profitaient également de ces activités. Le service de formation-réseau de l'Agence a été partenaire de la tenue de trois colloques importants concernant le personnel d'encadrement du réseau et un touchant plus spécifiquement la traumatologie.

La préparation, l'organisation et la tenue de ces multiples activités de formation, de même que notre implication dans diverses activités liées à l'informatique et notre soutien aux établissements, auront requis près de 135 000 $ d'investissements de notre service de développement des ressources humaines-réseau.

Grâce à ces interventions et à la collaboration remarquable des établissements et des organismes communautaires, nous contribuons au maintien et au développement des compétences de toutes ces personnes qui oeuvrent auprès de ceux et celles qui requièrent des services de santé et des services sociaux.

Le Technocentre

Le 28 novembre 2005, le gouvernement a adopté le projet de loi 83 qui marque une étape importante dans l'organisation et l'administration des soins de santé et des services sociaux, car il permet l'échange d'information sécurisé, avec consentement de l'usager, entre les différents partenaires qui composent les réseaux locaux de services. Cet amendement à la Loi sur les services de santé et les services sociaux ouvre la porte à la réalisation du plan d'informatisation du MSSS. Ce plan, qui a pour objectif d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins offerts à la population du Québec, contient une série de projets visant à développer l'infrastructure pour le dossier de santé électronique interopérable du Québec (DSEIQ).

Une des pièces maîtresses incontournables du DSEIQ est l'identification unique de l'usager dans le réseau sociosanitaire du Québec. La Côte-Nord travaille actuellement à la mise en place d'un service d'index patients maître par établissement qui jouera ce rôle.

Afin de sécuriser l'échange d'information requis pour la mise en œuvre du plan d'informatisation, la région a débuté des travaux importants en matière de sécurité de l'information. Ainsi, l'Agence a accompagné les établissements dans la mise en place de la première étape, soit l'adoption d'une politique de sécurité des actifs informationnels. Cette dernière vise à déterminer les grandes orientations que l'organisation désire respecter afin d'assurer la sécurité des actifs qu'elle détient. De plus, une formation a été offerte à l'ensemble des responsables des établissements pour les aider à réaliser la deuxième étape, soit la catégorisation de leurs actifs informationnels. Ces travaux à terme permettront de doter chaque organisation d'un Plan directeur en sécurité de l'information qui les guidera dans la mise en place de mesures afin de renforcer la sécurité de l'information.

Un autre projet d'envergure a été réalisé en vue de se conformer aux exigences ministérielles qui visent l'utilisation de la nouvelle Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, *10e version* (CIM-10-CA). La région a donc procédé à l'acquisition et à l'implantation d'un système d'information Med-Écho, en mode régional, qui supporte cette nouvelle classification.

Les communications

Jouant un rôle majeur dans l'information à la population, le service des communications s'assure notamment de répondre aux demandes des médias en émettant des communiqués de presse, en tenant des conférences de presse et des assemblées publiques. La Direction générale de l'Agence et la Direction de santé publique considèrent qu'il est important que la population et nos partenaires soient

informés de tout sujet d'intérêt public du ressort de l'Agence. La promotion de comportements favorisant la santé et le bien-être fait également partie du mandat du service des communications.

- La PDG et le directeur de santé publique accordent chaque année entre 150 et 200 entrevues aux médias de la région.

- Les établissements et les organismes communautaires ont été sollicités pour soumettre des projets dans le cadre des Prix d'excellence du MSSS. Cette année, sept candidatures provenant de Manicouagan, de Sept-Rivières et de la Basse-Côte-Nord ont été soumises. L'évaluation des candidatures a été réalisée par le service des communications en collaboration avec le personnel concerné de l'Agence et deux membres du conseil d'administration de l'Agence.

- La Direction de santé publique a récidivé dans une campagne télévisuelle pour faire la promotion de saines habitudes de vie. Le concept publicitaire a été élaboré par le service des communications et le message de 30 secondes a été diffusé à CFER, une station du réseau TVA, pendant un mois. Cette campagne a nécessité un investissement de 10 000 $.

- Dans le cadre de ses activités régulières, le service des communications a produit et diffusé cinq numéros des «Échos du conseil» aux partenaires de l'Agence de même qu'aux médias pour informer la population des décisions du conseil d'administration, et participé à la réalisation et la diffusion de trois outils de communications destinés à des publics spécialisés en santé publique : *Contamine-Action* (quatre numéros), *Santé en têtes* (quatre numéros) et *La Santé recherchée* (trois numéros).

- La rédaction du volet «communications» du Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza - mission santé a mobilisé le service des communications au cours de l'année 2005-2006.

- Plusieurs campagnes ont été menées l'an dernier en santé publique, notamment sur les dépendances, la vaccination contre l'influenza et l'opération «Fruits et légumes en vedette». Le service des communications a également participé à la promotion de la tournée de Martin Larocque dans les écoles ainsi que du populaire bonhomme bleu «Vas-y».

- En 2005-2006, plusieurs outils promotionnels en provenance du MSSS ont été diffusés dans le réseau et parmi la population sur des sujets aussi variés que le virus du Nil, la vaccination contre la varicelle, les trihalométhanes dans l'environnement, l'adoption d'un enfant ainsi que des publications régionales, notamment, sur le service Info-Santé / Info-Social / Intervention de crise.

CHAPITRE II

Les services à la population

Introduction

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit la signature d'ententes de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et les agences de la santé et des services sociaux afin de répondre aux objectifs de gestion par résultat et de reddition de comptes prescrits par la Loi sur l'administration publique.

L'entente de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et l'Agence vient soutenir cette dernière dans l'exercice de son rôle principal qui consiste à assurer l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour toute la population nord-côtière. L'entente permet également d'améliorer l'offre de service à la population en fonction de nouveaux crédits qui sont consentis à la région.

L'entente de gestion et d'imputabilité pour l'année 2005-2006

Pour l'année 2005-2006, le ministre a consenti un budget global de 219 852 884 $ à la région, auquel s'est ajoutée une enveloppe de 1 200 425 $ pour le développement de services et une somme de 817 021 $ pour couvrir les frais de médicaments, les fournitures liées aux nouvelles technologies de la santé et l'impact de l'augmentation des clientèles.

Plus spécifiquement, les crédits de développement de services ont notamment permis d'accroître les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. En fait, le tiers (33,8 %) de l'enveloppe a été dédié aux services en maintien à domicile et aux soins infirmiers en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les services aux jeunes en difficulté, dont le Programme de soutien aux jeunes parents, ont pour leur part bénéficié d'un montant de 208 254 $, soit 17,3 % de l'enveloppe de crédits de développement. Enfin, un peu plus de 10 % du budget de développement (122 827 $) aura permis à des organismes communautaires de développer leurs services; cette somme s'ajoutant à l'indexation de 2,2 % consentie à tous les organismes communautaires de la région.

Au plan régional, la nouvelle approche de gestion a également conduit à la ratification d'ententes de gestion entre l'Agence et les établissements. En fait, à l'exception du CLSC Naskapi, l'Agence a conclu des ententes de gestion et d'imputabilité avec l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

Les cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité sont définies en tenant compte des objectifs ministériels et de leur traduction aux plans régional et local, des budgets régionaux ainsi que des réalités nord-côtières dans l'organisation des services.

Dans le souci d'intégrer dans cette démarche de gestion la majorité des attentes pouvant être signifiées à un établissement pour une année donnée, les ententes de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et les établissements comprennent également une partie typiquement nord-côtière qui énonce des engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale, selon le cas.

Le suivi de gestion et la reddition de comptes

La reddition de comptes exigée par le biais des ententes de gestion et d'imputabilité commande un suivi d'indicateurs qui témoignent, à terme, de l'atteinte ou non des objectifs. Les indicateurs sont suivis selon une périodicité définie et des bilans sont prévus à des moments stratégiques du cycle de gestion. Les résultats obtenus pour chacun des objectifs de l'entente de gestion régionale se retrouvent aux pages suivantes pour chacun des programmes, sous la rubrique «services convenus à l'entente de gestion».

Pour l'année 2005-2006, 64 indicateurs témoignent de l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux et c'est avec une très grande satisfaction que nous témoignons de l'atteinte de la majorité des cibles régionales. En effet, dans 84 % des cas, les résultats obtenus dépassent la cible fixée dans l'entente de gestion, voire dans certains cas, la cible 2010 définie au plan ministériel 2005-2010.

Les résultats relatifs aux services aux jeunes en difficulté et en chirurgie retiennent particulièrement notre attention. Dans le premier cas, nous avions souligné, en 2004-2005, que la mise en œuvre d'un plan d'action régional en jeunesse, de même que les efforts consentis au renforcement de la première ligne et à la consolidation de la base budgétaire du Centre jeunesse avaient, notamment, permis d'améliorer l'accessibilité aux services et de réduire les délais d'attente en protection de la jeunesse. Les résultats obtenus en 2005-2006 continuent à confirmer positivement le choix de nos actions.

En ce qui a trait aux chirurgies, nous sommes également satisfaits des résultats observés. Les cibles ont été rencontrées pour les chirurgies de la hanche et de la cataracte. De plus, on note peu de délais d'attente supérieurs à six mois pour ces interventions. Le défi que nous rencontrons dans ce secteur d'activité est intimement lié à notre capacité de rencontrer le plan d'effectifs médicaux en spécialité. Nul besoin d'insister que l'atteinte des objectifs requiert des efforts constants et, faut-il le mentionner, que notre performance est notamment tributaire de la présence ou non d'une ressource professionnelle. Cela témoigne de la fragilité de l'offre de service, dans une région éloignée comme la nôtre, lorsque les effectifs professionnels sont en pénurie, phénomène dont nous craignons l'ampleur s'accentuer au cours des prochaines années.

Les résultats mettent aussi en évidence le fait que des efforts doivent être consentis dans certains programmes dont celui qui a trait à la santé mentale. Dans le cadre du Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*, une démarche régionale d'analyse des besoins et des ressources a été réalisée en cours d'année. Cela devrait permettre une meilleure adéquation entre les besoins des personnes aux prises avec un problème de santé mentale et l'offre de service dans ce programme.

En ce qui concerne les engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale, 93,3 % ont été remplis en totalité ou sont en voie d'être atteints si l'on exclut les engagements qui ont été reportés par l'Agence (Annexe B).

Parmi les principales réalisations au regard des engagements spécifiques, citons le dépôt du plan de mise en œuvre du projet clinique, l'application des nouvelles normes du travail dans le cadre de la gestion de l'allocation directe, le démarrage des activités d'implantation et de suivi du mécanisme local de concertation avec le réseau scolaire en lien avec la TRIPPS, la réalisation des activités prévues au projet spécial de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque pour les clientèles à risque et les travailleurs de la santé, de même que la participation aux rencontres de consultations par rapport au plan d'action

régional concernant les nouvelles orientations ministérielles pour «Les services aux aînés en perte d'autonomie - Un défi de solidarité».

Dans un autre ordre d'idées, les deux établissements visés par un dépôt du bilan des activités liées au désengorgement des urgences et la mise à jour du plan d'action à cet effet pour 2005-2006 ont rencontré leurs obligations en ce sens. En revanche, du travail reste à faire en ce qui a trait aux suites à donner aux visites du Centre de coordination nationale des urgences (CCNU). Enfin, d'autres réalisations méritent d'être soulignées comme celles en lien avec le projet d'intensification des services de réadaptation en déficience physique ainsi que la consolidation du budget de transport et d'hébergement des personnes handicapées.

LES SERVICES GÉNÉRAUX

1. SERVICES INFIRMIERS GÉNÉRAUX

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**
Objectifs de résultats 2005-2010	Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-Santé 24/7, dans un délai de moins de 4 minutes.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Taux d'utilisation du service Info-Santé (par 1000 personnes)	0,273 appels	0,280 appels	0,278 appels

Commentaires

Le CSSS de la Minganie a reçu un budget de 21 097 $ (63 290 $ base annualisée) dans le cadre de la centralisation des services qui a eu lieu le 1er décembre 2005.

La cible du taux d'utilisation n'a pas été atteinte. De même, le nombre d'appels (26 537 appels) est demeuré relativement stable par rapport à celui observé en 2004-2005 (26 334 appels).

Précisons par ailleurs que la proportion d'appelants qui ont reçu une réponse dans un délai de moins de quatre minutes est de 92 %, ce qui est supérieur au résultat obtenu en 2004-2005 (89,53 %).

Enfin, les pertes d'appels sont de l'ordre de 12 % ce qui est une amélioration par rapport à la proportion observée en 2004-2005 (16,36 %).

Faits saillants

Info-Santé célèbre, en 2006, ses 10 ans d'existence dans le milieu. Depuis l'automne dernier, le nouveau volet Info-Social / Intervention de crise y a été greffé.

La centrale Info-Santé, accessible gratuitement à la population nord-côtière 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, qui a largement démontré sa performance au cours des dernières années, est de plus en plus connue de la population.

En comparant les données recueillies lors de l'évaluation du service Info-Santé auprès de la population adulte nord-côtière en 1997 à celles de l'Enquête santé Côte-Nord 2005, on constate que la part de la population régionale disant connaître ce service téléphonique a plus que doublé en huit ans, passant de 36 % à 77,4 %.

2. SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	1 870	1 912	1 634
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4,13 interventions / personne	4,23 interventions / personne	4,61 interventions / personne

Commentaires

Les résultats régionaux sont de 1 634 personnes pour 4,61 interventions par personne. La cible régionale de 1 912 personnes n'est pas atteinte. Toutefois, le nombre d'interventions par personne (4,61) dépasse la cible régionale (4,23) ainsi que le seuil indiqué par le Ministère (3,86).

L'écart s'explique principalement par le fait que plusieurs établissements ont été aux prises avec des problèmes de remplacement de personnel, notamment ceux de la Basse-Côte-Nord, de la Minganie, de Port-Cartier et de la Haute-Côte-Nord.

Une meilleure comptabilisation des données dans le I-CLSC au CSSS de l'Hématite a contribué à diminuer les résultats attendus. Et contrairement à ce qui était prévu, la contribution du CLSC Naskapi n'a pas été comptabilisée dans la base de données I-CLSC.

Cependant, la situation se rétablit pour chacun des établissements. Les postes sont en voie d'être comblés et pour sa part, le CSSS de Sept-Îles prévoit une restructuration de son organisation de travail qui libérera du temps d'intervention. De plus, parce que la plus grande concentration de la population se retrouve sur le territoire du CSSS de Manicouagan, un poste sera ajouté afin qu'on puisse améliorer le taux de pénétration auprès de la population.

Faits saillants

Service régional d'intervention en situation de crise

Depuis le 1er octobre 2005, l'Agence a confié le mandat de la réponse téléphonique de crise à la centrale Info-Santé / Info-Social / Intervention de crise sous la responsabilité du CSSS de la Minganie. Cette réponse inclut l'intervention téléphonique de crise selon le modèle adopté par le conseil

d'administration de l'Agence en janvier 2004. Selon ce modèle, une référence vers le Centre d'intervention et de prévention du suicide Côte-Nord, vers l'urgence sociale de la Direction de la protection de la jeunesse ou vers la Sûreté du Québec peut être effectuée rapidement.

En tout temps, l'intervention téléphonique psychosociale est arrimée avec une intervention terrain offrant différents types de services (intervention face à face, hébergement de crise, suivi de crise à très court terme, recours aux ressources d'hébergement, etc.) en fonction de la gravité de la crise et selon un cheminement préétabli entre les partenaires et mis en place à la suite de l'évaluation réalisée par l'intervenant psychosocial.

Depuis son entrée en fonction, 270 appels ont été reçus par Info-Social pour un total de 201 clients différents. Fait intéressant, ces appels proviennent autant, sinon plus, d'hommes que de femmes (137 contre 127). Leur âge varie de 14 à 83 ans et différentes raisons motivent ces appels. Plus de la moitié des appels (53 %) ont nécessité une démarche auprès des partenaires tant ceux des CSSS que ceux des organismes communautaires et de la Sûreté du Québec.

3. EFFECTIFS MÉDICAUX

Le plan régional des effectifs médicaux (PREM) prévoit 135 omnipraticiens et 82 spécialistes sur notre territoire. Au 1er avril 2006, 99 omnipraticiens et 49 spécialistes étaient en fonction dans les établissements de la Côte-Nord. Comparativement à l'année précédente, nous constatons une diminution chez les médecins omnipraticiens ou généralistes (-3) et une augmentation chez les médecins spécialistes (+5).

Considérant la situation qui prévaut, la majorité des établissements a dû faire appel au mécanisme de dépannage afin d'assurer l'accessibilité aux services.

TABLEAU COMPARATIF DES EFFECTIFS EN POSTE

Établissement	Effectifs requis		Omnipraticien (au 1er avril)			Spécialiste (au 1er avril)		
	Plan 1997-2000 Omnipraticien	Plan 2006 Spécialiste	2004	2005	2006	2004	2005	2006
CSSS de la Haute-Côte-Nord								
• Les Escoumins	11		5	6	7.0			
• Forestville	9		7	5	6.0			
CSSS de Manicouagan								
• volet hospitalier	35	38	25	28	29.0	14	13	13
• volet CLSC	3		1	1	1.0			
CSSS de Port-Cartier	11		5	8	6.5			
CSSS de Sept-Îles								
• volet hospitalier	32	44	22	22	19.5	29	31	36
• volet CLSC	2		2	1	1.0			
CSSS de la Minganie	12		8	9	9.0			
CSSS de la Basse-Côte-Nord	10		9	11	10.0			
CSSS de l'Hématite	7		6	7	7.0			
CLSC Naskapi	3		3	3	3.0			
TOTAL	**135**	**86 ***	**93**	**101**	**99.0**	**43**	**44**	**49**

* Ce chiffre inclut quatre spécialistes dont la répartition demeure à établir. Ces spécialistes oeuvrent en gastro-entérologie, gériatrie, néphrologie et en rhumatologie.

Au CSSS de Manicouagan, la situation est demeurée relativement stable tant en omnipratique qu'en spécialité. Notons que le développement de l'UMF a créé momentanément une charge de travail accrue pour les médecins omnipraticiens, et ce, sans ajout de ressources. Ce projet d'UMF suscite toutefois beaucoup d'espoir quant à l'installation des résidents sur la Côte-Nord une fois leur formation terminée.

Au CSSS de Sept-Îles, la situation s'est détériorée en omnipratique, le pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs n'étant que de 60 % en incluant la mission CLSC. En médecine spécialisée, on remarque une augmentation de cinq spécialistes, soit une atteinte du plan d'effectifs à plus de 87 %.

La prudence est de mise dans l'interprétation des données au CSSS de la Haute-Côte-Nord. Au Pavillon Forestville, un médecin a annoncé son départ pour la fin avril 2006 ramenant ainsi la situation à ce qu'elle était l'an dernier. Au Pavillon Escoumins, l'ajout d'un effectif vient régulariser une situation au regard d'un médecin qui effectue plus de 50 % de sa pratique dans ce milieu. Cet établissement accuse toujours un déficit de ressources qui fragilise l'accès aux services.

4. SERVICES OFFERTS AUX FEMMES EN VIOLENCE CONJUGALE ET EN AGRESSION SEXUELLE

Faits saillants

Le 1er février 2006, le comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle a repris ses activités. Deux rencontres ont permis de revoir les mesures et les initiatives à prévoir en lien avec les plans d'action gouvernementaux en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle.

4.1 Campagne de sensibilisation aux risques d'agression sexuelle liée à une consommation de psychotropes

Au cours de l'automne 2005, et pour une deuxième année, la Sûreté du Québec, en collaboration avec l'Agence, a effectué une relance de la campagne de sensibilisation aux risques d'agression sexuelle associée à une consommation de psychotropes, communément appelés «drogues du viol». Cette campagne s'inscrivait dans le cadre du plan d'action régional découlant des *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* de 2001.

LA SANTÉ PHYSIQUE

1. SERVICES D'URGENCE

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Services d'urgence**
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Séjour moyen sur civière	11,73 heures	12 heures	12,03 heures
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	19,4 heures	15 heures	16,7 heures
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	4,2 %	1,0 %	3,9 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	9,5 %	6,5 %	6,4 %

Commentaires

Au regard du séjour moyen sur civière de même que pour le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus, la cible régionale est atteinte.

Quant aux trois autres indicateurs, nous constatons un écart négatif entre les cibles 2005-2006 et les résultats obtenus.

Il faut toutefois noter une amélioration des résultats par rapport à l'année précédente.

Précisons par ailleurs que le Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) a visité en janvier 2005 le CSSS de Sept-Îles et en décembre de la même année le CSSS de Manicouagan.

L'actualisation d'un plan d'action qui intègre les recommandations du groupe conseil du CCNU et du guide de gestion des salles d'urgence devrait permettre aux deux établissements ayant une vocation sous-régionale, d'améliorer leur performance.

Notons que la consolidation des services de première ligne, ayant un impact sur l'utilisation des salles d'urgence, permettra d'améliorer les résultats. Les projets cliniques développés dans les programmes des personnes âgées et de la santé mentale en sont de bons exemples.

2. SOINS PALLIATIFS

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Soins palliatifs**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	204	221	232
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	14,43 interventions / personne	14,43 interventions / personne	11,64 interventions / personne

Commentaires

La cible est atteinte en ce qui a trait au nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile. En ce qui a trait à l'intensité des services, la cible n'a pas été atteinte. Cependant, il convient de préciser que certains territoires utilisent des ressources privées pour offrir certains soins ou services et que ces interventions ne sont pas comptabilisées aux fins du suivi de gestion. De même, l'allocation directe (chèque-emploi-service) serait particulièrement utilisée dans certains territoires; or, ces données ne sont pas comptabilisées non plus.

2.1 Politique en soins palliatifs de fin de vie

Un comité régional de travail a été formé en 2005-2006.

Un plan régional de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie est en élaboration.

2.2 Lutte contre le cancer

Les infirmières pivots (ou dédiées à l'oncologie) sont en poste dans chacun des CSSS de la région.

Les équipes interdisciplinaires en oncologie sont à compléter.

Des visites de désignation par l'équipe d'experts de la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS sont prévues à l'automne 2006.

3. CHIRURGIE

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Chirurgie**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total de la hanche	34 (selon MED-ÉCHO)	23	23 (selon FILAV)
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total du genou	31 (selon MED-ÉCHO)	45	41 (selon FILAV)
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	410 (selon MED-ÉCHO)	504	571 (selon FILAV)

Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	1 984 (selon MED-ÉCHO)	2 087	5 771 (selon FILAW)
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	1 591 (selon MED-ÉCHO)	2 054	1 860 (selon FILAW)

Commentaires

L'objectif a été atteint quant au nombre de chirurgies réalisées pour le remplacement total de la hanche. Cependant, l'objectif n'a pas été atteint au regard du nombre de chirurgies réalisées pour le remplacement total du genou. On peut expliquer cette situation par l'absence temporaire d'orthopédiste au CSSS de Sept-Îles et par le fait qu'il n'y ait qu'un orthopédiste sur un plan de deux au CSSS de Manicouagan.

En ce qui a trait aux chirurgies de la cataracte, l'objectif est dépassé malgré l'absence d'un ophtalmologiste installé au CSSS de Manicouagan et un plan d'effectifs incomplet au CSSS de Sept-Îles (un ophtalmologiste sur un plan de deux). À noter que le résultat diffère de celui inscrit dans FILAW car nous tenons compte des chirurgies effectuées au CSSS de la Minganie.

Pour les chirurgies d'un jour, les éléments suivants sont à souligner :

- Non concordance entre les données MED-ÉCHO et FILAW: Erreur dans la façon de comptabiliser les données;
- Les réflexions à l'échelle provinciale permettront d'améliorer la façon de colliger les données dans FILAW;
- Aussi, au niveau régional, un travail sera initié avec les établissements en tenant compte des conclusions découlant de la réflexion au niveau provincial et d'une réflexion au niveau régional;
- Les résultats obtenus en 2005-2006 seront validés lorsque les données MED-ÉCHO (données officielles) seront rendues disponibles.

4. ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

La politique de subvention pour le déplacement des usagers permet aux résidents de la Côte-Nord d'obtenir des soins et des services qui ne sont pas offerts dans un établissement ou dans la région. Une subvention forfaitaire est versée au citoyen pour les coûts de transport à laquelle s'ajoute maintenant un montant forfaitaire pour les repas et l'hébergement dans certaines situations. Ces coûts sont remboursés par les établissements de santé de la région.

Les dépenses ainsi que le volume de déplacements liés à cette politique se répartissent comme suit.

	2005-2006		2004-2005	
	Déplacement	**Coût ($)**	**Déplacement**	**Coût ($)**
Transfert interétablissements	3 820	2 766 978	4 000	2 818 374
Transport par ambulance (personnes de 65 ans et plus)	2 246	350 798	2 403	371 396
Subvention forfaitaire pour bénéficiaires électifs :				
- Tadoussac à Natashquan	15 357	1 450 659	16 156	1 383 776
- Basse-Côte-Nord et villes nordiques de Fermont et de Schefferville	7 332	3 793 943	7 058	3 605 732
TOTAL	**28 755**	**8 362 378**	**29 617**	**8 179 278**

5. SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Voici les faits saillants qui se dégagent de l'année 2005-2006 :

- L'Agence a versé un montant brut de 8 139 617 $ aux entreprises ambulancières pour répondre aux demandes de la population et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour transporter des personnes blessées ou des patients par ambulance afin de recevoir des soins et des services. Ce montant représente une augmentation de 3,5 % par rapport à l'année précédente.

- 8 150 personnes ont été transportées par ambulance sur la Côte-Nord, ce qui représente une légère baisse de 2 % par rapport à l'année dernière. Par conséquent, 22 personnes en moyenne par jour ont utilisé les services ambulanciers cette année, comparativement à 23 l'année dernière et 18 en 2000. Si on compare le nombre de transports effectués cette année avec l'année dernière dans les différentes zones de la Côte-Nord, voici les principaux éléments qui se dégagent pour cette année :

  - Dans les zones urbaines, celle de Baie-Comeau a eu une augmentation des transports de 6 % (+143) et celle de Sept-Îles a subi une baisse de 9 % (-222) alors que la zone de Port-Cartier s'est maintenue dans les mêmes proportions que l'année passée. En 2005-2006, 68 % des transports de la région ont eu lieu dans ces trois zones ambulancières.

  - Pour les autres zones, les pourcentages d'augmentation les plus importants se retrouvent dans les zones de Manic-5 avec une hausse de 88 % (+15) et Schefferville avec plus de 41 % (+35). Cependant, ces deux zones ne représentent que moins de 2 % des transports de la région. Les baisses les plus marquées sont dans les zones de Baie-Trinité avec 21 % (-30) de transports en moins et Fermont avec 19 % (-15) de diminution. Ces deux zones totalisent un peu plus de 2 % des transports sur l'ensemble du territoire.

- Les revenus autonomes des entreprises ambulancières ont diminué légèrement, soit d'un peu moins de 3 %, passant de 1 530 862 $ à 1 486 100 $.

- Les difficultés de communication radio entre les techniciens ambulanciers (TA), les médecins ou les infirmières des CSSS de la Haute-Côte-Nord et de la Minganie, lors du transfert de patients vers Chicoutimi, Sept-Îles et Natashquan, ont nécessité l'achat et l'installation de huit téléphones satellites dans les ambulances de ces territoires. Depuis l'été 2005, grâce à ce projet financé conjointement par le MSSS et l'Agence, il n'y a plus de rupture de communication entre les ambulanciers, les médecins ou les infirmières lorsqu'ils sont à bord du véhicule.

- Quatre-vingt-seize pour cent (96 %) des TA de la région ont été formés par l'équipe régionale des services préhospitaliers d'urgence pour administrer les cinq médicaments inclus au programme de formation obligatoire du MSSS, soit l'épinéphrine pour les patients allergiques, le glucagon pour les patients diabétiques traités par l'insuline lors d'intervention en situation de détresse, le salbutamol pour les difficultés respiratoires, la nitroglycérine pour les douleurs thoraciques d'origine cardiaque et l'aspirine pour soulager la douleur ou diminuer la fièvre.

- En novembre 2005, le MSSS informait le Centre d'appels d'urgence des régions de l'est du Québec (CAUREQ), qui dessert notre région, qu'une subvention lui serait versée pour rehausser la technologie permettant l'intégration de l'ensemble des entreprises ambulancières desservies par le CAUREQ dont celles de la Côte-Nord. Les territoires de Port-Cartier et Sept-Îles seront intégrés en priorité, et par la suite, ce seront les secteurs de Les Escoumins, Forestville et Baie-Comeau incluant Manic-5 et Baie-Trinité au cours de l'année 2006-2007.

- Les inondations de septembre 2005, qui ont causé la fermeture de la route 138 et de plusieurs routes secondaires entre les 1er et 7 septembre, ont entraîné l'organisation d'un transport aérien pour les citoyens des secteurs enclavés, principalement sur les territoires de Betsiamites, Colombier, Forestville, Longue-Rive et Les Escoumins. Ces mesures ont permis d'assurer la sécurité de la population touchée.

6. FAITS SAILLANTS

6.1 Mesures d'urgence

L'Agence a été mise en alerte, mobilisée ou est intervenue dans différentes situations au cours de l'année.

- Avec nos partenaires de l'organisation régionale de Sécurité civile, nous avons été mis en alerte à 13 reprises.

- Au début du mois de juin 2005, un incendie de forêt entraîne la fermeture de la route 389, ce qui isole le CSSS de l'Hématite.

- À la mi-juillet, l'effondrement d'un stationnement à Sept-Îles entraîne l'évacuation de résidents, dont des personnes présentant une déficience physique sous la responsabilité du Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord ainsi que des clientèles âgées et vulnérables. Une relocalisation de la clientèle a été effectuée par le CPRCN et le CSSS de Sept-Îles et un soutien financier de l'Agence a permis de renforcer l'aide à ces personnes.

- Du 31 août au 8 septembre 2005, des pluies diluviennes entraînent des ruptures de route à plusieurs endroits isolant ainsi la Côte-Nord du territoire québécois. L'absence de lien routier a nécessité la mise en place de ponts aériens. Des hélicoptères ont remplacé les véhicules ambulanciers. L'Agence qui a assuré la coordination des mesures d'urgence s'est assurée de l'accès aux services de santé ainsi que de la livraison prioritaire des médicaments et fournitures médicales.

- Au début du mois de décembre 2005, de fortes pluies et de grandes marées entraînent une nouvelle fermeture de la Route 138. Le transport ambulancier doit être dirigé vers Saguenay pour le secteur à l'ouest de Longue-Rive.

6.2 Risque de pandémie d'influenza

Une pandémie d'influenza constitue un événement d'ampleur mondial nécessitant des préparatifs importants. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), nous sommes actuellement dans une période d'alerte pandémique, phase 3, ce qui signifie qu'il y a des cas d'influenza chez les humains, causés par un nouveau virus transmis lors de contacts étroits et prolongés avec la volaille. Dans le réseau de la santé, nous sommes à l'étape de «préparation».

Afin de se préparer à l'éventualité d'une pandémie d'influenza et en coordination avec les actions ministérielles, l'Agence a posé les gestes suivants en 2005-2006 :

- Nomination des personnes responsables;
- Mise en place d'un comité régional des coordonnateurs locaux dans les établissements;
- Formation des gestionnaires des établissements du réseau sur le phénomène et les responsabilités du réseau de la santé;
- Rencontre avec les communautés autochtones et Santé Canada;
- Sensibilisation des médecins du DRMG et des partenaires de l'organisation régionale de la Sécurité civile;
- Rédaction du Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza - mission santé qui sera déposé en mai 2006.

6.3 Télésanté

Le RUIS-UL, à qui le MSSS avait confié le mandat de préparer un plan de déploiement de la télésanté l'an dernier, a procédé à son adoption en septembre 2005. Ce plan fait suite à des consultations menées auprès des établissements du territoire du RUIS-UL dont les établissements nord-côtiers.

En plus de la téléradiologie (PACS), les projets prioritaires du RUIS-UL pour le développement des projets de télésanté sont :

- La téléenseignement ou la téléformation;
- La télépsychiatrie;
- La télécardiologie adulte;
- La téléoncologie;
- La télépathologie;
- La téléréadaptation;
- La Clinique des plaies complexes;
- Les télésoins à domicile;
- L'implantation du «Céduleur» ou du «Planificateur-intégrateur» (gestion informatisée de la télésanté).

Le cheminement de ces projets s'est poursuivi au cours de l'année entre les intervenants du RUIS-UL, le MSSS et Inforoute Santé Canada en vue d'obtenir du financement pour la réalisation de la phase 1 qui consiste en un plan détaillé.

Quant à la téléradiologie (PACS), une étude préliminaire a été réalisée à l'été 2005. Les travaux menant à l'élaboration d'un plan détaillé se sont amorcés au cours de l'automne entre Inforoute Santé Canada, le MSSS et le comité du RUIS-UL. Ils ont porté plus spécifiquement sur l'architecture cible à déployer et le choix d'un fournisseur, et ce, en collaboration avec l'Ontario et l'Alberta. Les régions du RUIS-UL, dont la Côte-Nord, seront en mesure de connaître en 2006-2007 l'effort financier nécessaire au déploiement de la téléradiologie.

6.4 Informatisation des laboratoires

L'implantation du système d'information dans les laboratoires (SIL) nord-côtiers a été complétée à l'automne 2005 par le déploiement au CSSS de Port-Cartier ainsi qu'au CSSS de l'Hématite. L'an prochain, des travaux permettant la transmission des résultats d'analyses entre les laboratoires de la région sont prévus.

6.5 Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval

L'Agence a participé à huit réunions du RUIS-UL au cours de l'année 2005-2006. Rappelons que ce réseau regroupe l'Université Laval et les régions de l'est du Québec, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la Côte-Nord avec les régions de Québec et Chaudières-Appalaches selon les modalités prévues à la loi.

Au-delà des préoccupations diverses des membres du RUIS-UL, des échanges fructueux ont permis l'élaboration d'un document regroupant la mission, les valeurs, les mandats et le plan de travail et de fonctionnement du RUIS-UL.

Différents comités ont été créés afin d'atteindre les objectifs visés, entre autres, au regard de la répartition et de la gestion des effectifs médicaux.

6.6 Traumatologie

Un plan directeur et un plan d'action 2005-2008 sur le réseau de services intégrés en traumatologie ont été déposés. Ces plans intègrent les différents maillons de la chaîne d'interventions : prévention, services préhospitaliers, services de santé physique, services de réadaptation et soutien à l'intégration.

Le deuxième colloque régional en traumatologie s'est déroulé les 9 et 10 juin 2005 à Sept-Îles. Ce rassemblement a permis de rejoindre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge d'un client traumatisé. Quatre-vingt-onze participants, médecins, infirmiers-infirmières, techniciens ambulanciers, premiers répondants, ont pu parfaire leurs connaissances sur de multiples sujets traités par une quinzaine de conférenciers.

LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

1. SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ - PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Services dans la communauté - personnes âgées en perte d'autonomie**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	1 284	1 334	1 368
Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie	21,16 interventions / personne	21,69 interventions / personne	24,82 interventions / personne

Commentaires

La région nord-côtière se caractérise par une population actuellement plus jeune que celle du Québec. En effet, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 12 % de la population régionale comparativement à 14 % pour le Québec. Cette situation cache toutefois un phénomène particulier : un vieillissement accéléré comparativement au Québec. En effet, le nombre de personnes âgées s'est accru de 160 % environ de 1981 à aujourd'hui tandis que au Québec, la hausse fut de 87 % durant la même période. Toujours pour la période de 1981 à aujourd'hui, la proportion de personnes de 65 ans et plus est passée de 3,6 % à 12 % sur la Côte-Nord. Au Québec, cette proportion a augmenté de 9 % à 14 %.

Devant ce constat, le plan d'action déposé au Ministère en décembre dernier prévoit des investissements substantiels permettant de prendre le virage communautaire en misant sur les réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie et en consolidant l'offre de service de soutien à domicile.

D'ailleurs, au cours de la dernière année, l'Agence a investi 141 331 $ (annualisé à 283 993 $) pour favoriser l'accroissement des services à domicile. Ce faisant, on souhaitait rejoindre 13,4 % de la population âgée de 65 ans et plus ainsi que réduire l'écart pour atteindre ultimement la cible 2010, soit 16 % de la population âgée de 65 ans et plus.

En ce qui a trait aux résultats, les cibles ont été dépassées. Dans un premier temps, 34 usagers de plus que prévu ont reçu des services de soutien à domicile. En fait, par rapport à l'année 2004-2005, le nombre d'usagers a cru de 6,5 %. Au total, 33 952 interventions ont été réalisées dans ce programme ce qui porte à 24,82 le nombre moyen d'interventions, soit une hausse de 17,3 % dans l'intensité des services par rapport à l'année 2004-2005.

2. SERVICES EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2.5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2.76 heures / jour-présence	2.77 heures / jour-présence	2.78 heures / jour-présence
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0.25 heures / jour-présence	0.248 heures / jour-présence	0.25 heures / jour-présence

Commentaires

En 2005-2006, l'Agence a investi 37 309 $ (annualisé à 66 760 $) afin d'accroître les heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance. Malgré l'atteinte de l'objectif, il n'en demeure pas moins que des établissements se situent de manière importante sous la barre de la moyenne régionale. L'investissement effectué visait justement à venir en aide à ces établissements. Par ailleurs, le fait que les établissements de petite taille doivent maintenir une équipe minimale de services (de soir et de nuit) et que des soins palliatifs soient offerts à même l'installation de soins de longue durée sont notamment des facteurs qui contribuent à maintenir un ratio élevé d'heures travaillées par usager.

En ce qui a trait aux services professionnels dans les CHSLD, il y a eu un investissement de 6 833 $ (annualisé à 20 500 $) pour augmenter les heures travaillées. L'objectif a été atteint et s'avère supérieur à la cible 2010 qui se chiffre à 0.23.

3. FAITS SAILLANTS

3.1 Visites d'appréciation en CHSLD et suivi des plans d'action

Le but poursuivi par la démarche d'appréciation est d'assurer à toute personne admise en CHSLD un milieu de vie et des services de qualité.

Amorcée en 2004, six installations de CHSLD ont reçu jusqu'à maintenant la visite de l'équipe ministérielle. La Côte-Nord compte 12 installations de ce type sur son territoire.

Après le passage de l'équipe d'appréciation, l'Agence doit convenir avec l'établissement visité d'un plan permettant de donner suite aux recommandations du rapport et d'en effectuer le suivi. Au 31 mars 2006, 82 % des mesures inscrites dans les plans d'action étaient réalisées en totalité ou en grande partie.

Nonobstant les visites qui sont venues renforcer la démarche, les CHSLD étaient déjà interpellés pour produire un plan d'action visant à rejoindre les orientations ministérielles développées dans le document *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en*

CHSLD et aussi à y intégrer, entre autres, l'adoption d'un protocole d'application des mesures de contrôle (contention). Au 31 mars 2006, en moyenne, la moitié des mesures inscrites dans les plans sont réalisées. Les actions qui restent à mener touchent particulièrement la mise en place d'un mécanisme d'évaluation de la satisfaction de la clientèle ainsi que l'élaboration et la révision du plan d'intervention individualisée pour chacune des personnes hébergées.

3.2 Plan d'action régional

Pour faire face au défi que pose le vieillissement de la population dans les prochaines années au réseau de la santé et des services sociaux, le MSSS a invité les régions à produire un plan d'action qui permettra un changement de cap dans l'organisation des services.

Après une tournée de consultation régionale menée à l'automne auprès des CSSS de la Côte-Nord et des instances concernées, l'Agence a élaboré son plan d'action 2006-2010. Parmi les solutions proposées, il y a, d'abord et avant tout, de permettre aux aînés de demeurer le plus longtemps possible à domicile avec les soins et les services d'assistance adéquats. Toutefois, lorsqu'il n'est plus possible de continuer à vivre dans un domicile conventionnel, des résidences adaptées développées par des promoteurs provenant des secteurs municipal, communautaire ou privé pourraient assumer la relève. La personne continue ainsi à vivre chez elle parmi les siens (conjoint, famille) et à maintenir son intégration dans la communauté, et ce, même si la perte d'autonomie est jugée importante. Les établissements et les organismes du réseau de la santé et des services sociaux s'occupent alors de rendre les services requis par la condition de la personne dans son nouveau milieu de vie. D'autres solutions sont aussi mises de l'avant dans ce plan d'action.

3.3 Pour un nouveau partenariat au service des aînés

Dans la perspective des plans d'action ministériel et régional à l'effet de développer de nouvelles alternatives à l'hébergement institutionnel, le projet de partenariat pour 14 logements, présenté de concert par l'Office municipal d'habitation de Sept-Îles et le CSSS de l'endroit, a reçu l'aval du MSSS. Pour assurer les soins et les services d'assistance adéquats aux locataires en perte importante d'autonomie qui occuperont progressivement ces 14 logements, le MSSS accorde un budget annuel de 407 839 $. Ce projet novateur à Sept-Îles fait partie des projets expérimentaux mis en œuvre à la grandeur du Québec et qui seront évalués en 2006-2007 en termes de satisfaction de la clientèle et de solutions alternatives à l'hébergement institutionnel.

3.4 Résidences privées

Dix-huit résidences sur le territoire nord-côtier sont inscrites au registre des résidences privées pour les aînés tenu par l'Agence. Ces résidences totalisent 222 unités.

L'adoption du projet de loi 83 (modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux) en novembre 2005 introduit un processus de certification de conformité pour les résidences

privées pour les aînés. Ce processus requiert l'adoption, par le gouvernement, d'un règlement sur les critères sociosanitaires. L'Agence a été invitée avec les établissements de la région à participer à une consultation portant sur une proposition de critères. L'application du processus de certification est prévue pour le début de l'année 2007.

3.5 Système régional d'admission

Même si les instances locales ont, depuis avril 2005, la responsabilité de gérer les mécanismes d'accès aux services d'hébergement, l'Agence demeure responsable de la coordination régionale et des transferts interrégionaux.

DEMANDES D'ADMISSION EN HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE			
2002-2003	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**
201*	203	239	194

* Nombre corrigé après inscription dans le rapport annuel 2002-2003.

PERSONNES HÉBERGÉES AU 31 MARS				
Type de ressources	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
CHSLD	361	358	371	380
Ressource intermédiaire	26	49	53	58
Résidence d'accueil	72	69	78	74
TOTAL	**459**	**476**	**502**	**512**

PERSONNES EN ATTENTE AU 31 MARS				
Type de ressources	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
CHSLD	28	31	37	40
Ressource intermédiaire	1	2	5	7
Résidence d'accueil	9	6	10	7
TOTAL	**38**	**39**	**52**	**54**

PERSONNES EN SOINS DE COURTE DURÉE EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE AU 31 MARS			
2003	**2004**	**2005**	**2006**
15	12	25	26

HORS RÉGION AU 31 MARS 2006	
Personnes orientées hors région	9
Personnes en provenance de l'extérieur	10

LA DÉFICIENCE PHYSIQUE

1. SOUTIEN À DOMICILE

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Soutien à domicile - déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services. Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	835	835	761
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	23,47 interventions / personne	24,14 interventions / personne	23,07 interventions / personne
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	195	195	200

Commentaires

La problématique d'accès aux services spécialisés de réadaptation dans ce domaine a nécessité d'intensifier, au fil des ans, l'offre de service de première ligne au sein de notre région. Aussi, il est peu étonnant de constater que les objectifs ministériels sont atteints en matière de soutien à domicile. Plus spécifiquement, il n'y a pas de liste d'attente dans ce programme, ce qui nous laisse croire que toute la clientèle en besoin est desservie. La cible 2010 (environ 690 personnes à rejoindre, soit 16,8 %) est déjà dépassée. De plus, l'intensité des services est supérieure au seuil (14,47 interventions/personne) et à la cible 2010 (21,47 interventions/personne).

En ce qui a trait aux services de soutien par allocation directe, la cible régionale est atteinte et dépasse de façon importante (+50,4 %) les résultats attendus par le Ministère en 2010 à savoir desservir 6,5 % des familles, ce qui représente environ 133 familles nord-côtières.

2. SERVICES SPÉCIALISÉS

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Services spécialisés - déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies et en le maintenant.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	600	600	643
Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	276	276	283
Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	Ne s'applique pas		
Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	310	385	360

Commentaires

L'offre de service 2005-2006 indiquait qu'il fallait maintenir le volume des services existant auprès des personnes ayant une déficience motrice. Cela signifiait donc qu'il fallait desservir 429 personnes en services spécialisés de réadaptation soit le même nombre de personnes que celui de 2004-2005. Or, en cours d'année les données pour cette clientèle ont été corrigées de sorte qu'on apprenait qu'en 2004-2005, le nombre de personnes réellement desservies se chiffrait à 600 personnes. La cible 2005-2006 au regard du nombre de personnes à desservir en déficience motrice a donc été révisée en conséquence de sorte qu'on lit maintenant 600 personnes plutôt que 429 personnes.

En ce qui a trait aux résultats, les cibles fixées à la région ont été dépassées en ce qui a trait à la déficience motrice et à la déficience visuelle. En ce qui a trait au nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation, nous estimons également que la cible est atteinte puisque le résultat est supérieur au résultat obtenu en 2004-2005 (+50 usagers, soit une hausse de 16,1 %).

Enfin, il convient de préciser que si, dans l'ensemble, les statistiques témoignent de résultats satisfaisants au regard des services spécialisés, il ne faut toutefois pas en déduire que la clientèle a pour autant accès à l'ensemble des services normalement requis. Dans certains cas, ces services sont incomplets ou même inexistants comme ceux destinés aux personnes ayant une déficience auditive ou à celles qui nécessitent des services de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI).

3. FAITS SAILLANTS

3.1 Programme d'allocation directe pour les personnes vivant une situation de handicap et leur famille

Depuis le 1er avril 2005, les montants dédiés à ce programme ont été transférés vers les CSSS qui assument dorénavant la gestion des allocations directes visant à soutenir le maintien à domicile des personnes vivant une situation de handicap ainsi que leur famille.

Afin d'assurer un traitement équitable pour chaque personne, peu importe son lieu de résidence sur la Côte-Nord, le conseil d'administration de l'Agence a adopté en 2005 le *Guide de gestion des allocations directes pour les personnes handicapées de la Côte-Nord* qui a été distribué à tous les intervenants concernés.

De plus, le logiciel de Gestion des allocations directes a été élaboré et déployé dans tous les établissements afin de faciliter la gestion des différents programmes d'allocation directe conçus pour répondre aux besoins des clientèles reliés à leur maintien à domicile. Cet outil permettra d'ajuster l'offre de service en fonction des besoins identifiés dans chaque CSSS.

Chaque année, ce programme permet d'aider environ 750 personnes grâce à un soutien financier qui oscille autour de 2 350 000 $.

3.2 Programmes sur les aides techniques aux personnes handicapées

Tel que prévu, le CSSS de Manicouagan assume maintenant la gestion des programmes en tant que fiduciaire régional. Soulignons que l'année 2005 a été marquée par des travaux majeurs dans le cadre de la gestion de ces programmes et que la rédaction de trois guides devrait être terminée au printemps 2006. Il s'agit des guides de gestion suivants :

- Programme des aides techniques aux AVQ et aux AVD;
- Programme des aides matérielles pour les fonctions d'élimination;
- Programme d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie à domicile.

Ces programmes permettent d'aider environ 500 personnes annuellement dans la région, ce qui représente un investissement d'environ 370 000 $.

3.3 Fermeture de deux entreprises d'économie sociale en aide domestique

La fermeture de l'entreprise d'économie sociale en aide domestique à Sept-Îles remplacée par une coopérative de solidarité en 2005 a donné le ton à une formule mieux adaptée à notre région. Ainsi l'année qui se termine a vu deux autres entreprises d'économie sociale en aide domestique fermer ses portes et renaître sous une formule coopérative.

L'Agence a pris diverses mesures de soutien au cours de ces périodes de transition afin d'éviter une rupture de services aux personnes vulnérables et leur garantir un maintien à domicile sécuritaire.

Actuellement, la région compte quatre entreprises qui sont accréditées auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) dans le cadre du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique, dont trois fonctionnent sous une formule de coopérative de solidarité.

3.4 Intensification des services spécialisés en déficience physique

Afin de pallier l'absence d'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), l'Agence a initié des travaux regroupant le Centre L'Émergent, le CSSS de Manicouagan et le CSSS de Sept-Îles afin de trouver une modalité transitoire qui permettrait d'offrir les services à la clientèle ciblée pour des services d'URFI. Ainsi, un projet pilote verra le jour au printemps 2006 dans le secteur ouest et à la fin de 2006 dans le secteur est.

Parallèlement, l'Agence continue ses travaux afin que les résidents de la Côte-Nord aient accès à des services spécialisés de réadaptation fonctionnelle intensive en région, comme partout ailleurs en province.

3.5 Les services d'audiologie dans l'est de la région

En 2005, les établissements périphériques de l'est de la région (Port-Cartier, Basse-Côte-Nord, Minganie, Hématite, Naskapi) ont pu améliorer leur offre de service en audiologie grâce à une aide financière leur permettant l'achat de services.

Par ailleurs, le Centre L'Émergent a été mandaté pour compléter une analyse des besoins et proposer un modèle d'offre de service qui devrait s'actualiser au cours des prochaines années.

3.6 Développement de places d'hébergement

Le besoin de places d'hébergement pour les personnes vivant avec des limitations physiques sévères n'est plus à démontrer et l'Agence a prévu dans sa planification 2005 le développement de 16 places pour l'ensemble de la région, et ceci, sur un horizon de 4 ans.

Les travaux en cours ont permis notamment de mieux définir les besoins et un projet pouvant offrir un milieu de vie à six personnes est en phase de développement à Sept-Îles et devrait voir le jour en 2006-2007.

3.7 Évaluation de la conduite automobile

La région n'offre pas de service d'évaluation de la conduite automobile sauf pour les personnes qui reçoivent des services de réadaptation du Centre L'Émergent. Même si l'évaluation de la conduite automobile n'est pas un service relevant de la santé, c'est un besoin majeur pour une importante partie de la population dont les personnes âgées qui doivent se rendre à Québec pour obtenir un tel service.

Un projet pilote est actuellement en cours, au CSSS de Port-Cartier, qui vise l'autofinancement et l'Agence s'inspirera des résultats de ce projet pour proposer un modèle de service.

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

1. SOUTIEN À DOMICILE - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Soutien à domicile - déficience intellectuelle**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services. Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	184	184	219
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	9,70 interventions / personne	9,70 interventions / personne	14,71 interventions / personne
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	139	139	132

Commentaires

En ce qui concerne les services de soutien à domicile offerts par les CSSS, les cibles régionales sont atteintes. Le nombre de personnes recevant de tels services par les CSSS est en fait supérieur à celui attendu en 2010 à savoir, desservir 5,3 % de personnes, soit environ 105 personnes. Par rapport à l'année précédente, on enregistre une hausse de 19,0 % et l'écart par rapport à la cible 2010 est de plus de 108,6 %. Au niveau de l'intensité de services, les constats sont du même ordre. La cible régionale est atteinte. En fait, le résultat obtenu (14,71 interventions par personne) dépasse le seuil fixé à la région (7 interventions par personne) de même que la cible 2010 (13 interventions par personne).

En ce qui a trait aux services de soutien par allocation directe, la cible est également atteinte. D'une part, il n'y a pas de liste d'attente dans ce programme et d'autre part, la cible 2010 (desservir 16,2 % des familles, soit 100 familles) est dépassée de 32 %.

Faits saillants

Au regard du répit-gardiennage, le CPRCN s'est vu autoriser l'achat de deux places respectivement à l'Espoir de Shelna et au Répit Richelieu pour un montant de 12 500 $ par place. De plus, ce même établissement a reçu l'autorisation d'acquérir une place d'hébergement permanente en Minganie.

totalisant une somme de 29 000 $. Soulignons également que l'Espoir de Shelna a reçu un montant de 17 000 $ non récurrent pour la poursuite de son projet de répit-dépannage.

2. SOUTIEN À DOMICILE - TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Soutien à domicile - trouble envahissant du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services. Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	28	28	42
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	2,46 interventions / personne	4,6 interventions / personne	5,14 interventions / personne
Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	28	28	33

Commentaires

La cible régionale est atteinte en ce qui a trait au nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS. En fait, l'objectif est dépassé de 50 % de même que la cible 2010 qui vise à desservir environ 22 personnes. Toujours en ce qui concerne ces services dispensés par les CSSS, un investissement de 6 600 $ non récurrent a été accordé pour accroître le nombre moyen d'interventions par personne. Cet investissement a permis de passer de 2,46 interventions par personne à 5,14 interventions par personne.

En ce qui a trait au nombre d'usagers dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe, la cible régionale est atteinte d'autant plus qu'il n'y a pas de liste d'attente dans ce programme. La cible 2010 serait également atteinte alors qu'on vise à rejoindre, à terme, 52,1 % des familles, soit environ 29 d'entre elles. Le résultat pour l'année 2005-2006 est supérieur de 13,8 % au résultat souhaité en 2010.

Faits saillants

Nous constatons que le réinvestissement consenti en 2005-2006 pour augmenter le nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS par usager TED a eu des résultats positifs. Ainsi, nous avons presque doublé la moyenne de nos interventions pour atteindre 5,14 et le seuil minimal de services.

3. SERVICES SPÉCIALISÉS - TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Services spécialisés - trouble envahissant du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis. Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans, et en augmentant le nombre d'adultes desservis de 21 ans et plus.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	4	4	2
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	13,13	20	15,54
Nombre de jeunes âgés de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	10	8	20
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	8	8	10

Commentaires

La cible est atteinte en ce qui a trait au nombre d'enfants de moins de six ans diagnostiqués qui reçoivent des services d'intervention comportementale intensive (ICI) puisqu'il n'y a pas de liste d'attente. De plus, nous estimons que la cible est atteinte en ce qui a trait au nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive par enfant de moins de six ans. En effet, l'offre de service est à 20 heures par semaine. Le résultat est imputable au choix des parents et à la capacité des enfants de recevoir ce service.

Finalement, les cibles sont atteintes pour les services spécialisés dispensés aux jeunes âgés entre 6 et 21 ans ainsi qu'aux adultes de plus de 21 ans. Précisons qu'il n'y a aucune liste d'attente dans ce programme.

LES JEUNES EN DIFFICULTÉ

1. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	1 964	1 964	2 025
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	5,0	6,0	5,56

Commentaires

En 2005-2006, on observe une augmentation de 3,1 % du nombre de jeunes rejoints comparativement à 2004-2005. La cible visait pourtant un maintien. En rejoignant 2 025 jeunes, c'est 11,5 % de la population des jeunes âgés entre 0 et 17 ans résidant hors d'une réserve qui a reçu des services de première ligne dans les centres de santé et de services sociaux. Ce résultat dépasse largement la cible ministérielle de 2 010 de desservir 7,5 % des jeunes.

Le passage de 5,0 interventions par jeune à 5,56 est très satisfaisant pour la région, s'approchant du seuil provincial reconnu. Trois établissements sur sept dépassent le seuil de 6,0 interventions. Deux établissements ont affiché une amélioration du nombre moyen d'interventions par usager en 2005-2006, sans toutefois atteindre le seuil. Un établissement explique sa diminution d'intensité de l'intervention par une difficulté de remplacement de poste.

Une allocation non récurrente de 65 000 $ et un investissement récurrent de 95 784 $ ont permis de renforcer les services de première ligne.

Faits saillants

L'année 2005-2006 a permis de documenter et, par la suite, de soutenir une démarche d'identification des besoins et d'élaboration de services de supervision des droits d'accès pour le territoire de la MRC de Sept-Rivières. En 2006-2007, des ententes entre trois CSSS et des organismes communautaires des milieux devraient voir le jour.

L'Agence a accentué son soutien au projet de l'équipe d'intervention jeunesse dans la MRC de Sept-Rivières en participant à quelques rencontres.

2. PROMOTION ET PRÉVENTION - JEUNES ET FAMILLES

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Promotion et prévention - jeunes et familles**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant de rejoindre 90 % des jeunes femmes enceintes et des mères âgées de moins de 20 ans.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Proportion de femmes de moins de 20 ans ayant accouché dans l'année, rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance - Volet Programme de soutien aux jeunes parents	46 nouvelles inscriptions en postnatal (100 %)	11 nouvelles inscriptions en postnatal (84 %)	30 nouvelles inscriptions en postnatal (78,9 %)

Commentaires

Le nombre de femmes rejointes est supérieur à la cible. La base annualisée du financement des années 2003-2004 à 2005-2006 (596 067 $) permet à l'ensemble des établissements de joindre la clientèle répondant aux critères d'admissibilité.

Faits saillants

Le soutien aux établissements nord-côtiers dans l'implantation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité s'est poursuivi en 2005-2006. La formation continue aux intervenants du réseau et auprès des partenaires portait sur «La réalité des jeunes parents et l'intervention» et s'est tenue dans six des huit CSSS. La nouvelle fiche de périnatalité du système d'intégration CLSC a été implantée pour suivre la clientèle vulnérable.

Ainsi, au 31 mars 2006, 93 jeunes mères et 86 mères âgées de 20 ans et plus de niveau socioéconomique vulnérable sont inscrites aux services. Certaines d'entre elles participent depuis 2003-2004.

3. SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE - JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Services de deuxième ligne - jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesses, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	41,31 jours	36 jours	31,30 jours

Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	40,57 jours	36,5 jours	32,67 jours
Nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 %	0	0	0

Commentaires

Les trois cibles sont atteintes.

Voici comment se répartit le délai moyen d'attente à l'application des mesures selon la clientèle selon les données corrigées par l'établissement. À noter que ce résultat diffère de celui indiqué dans GESTRED (58,96).

Clientèle	Nombre de jeunes	Nombre de jours	Délai
Non autochtone + Autochtone conventionné + Autochtone hors réserve	177	5 783	32,67
Autochtone sur réserve	142	12 629	88,94
TOTAL	**319**	**18 412**	**57,72**

Ainsi, les 142 jeunes autochtones sur réserve comptent pour 68,6 % de tous les jours d'attente observés en 2005-2006.

Globalement le Centre jeunesse n'a pas connu de semaine avec engorgement excédant 8 %. Cependant, chez la clientèle féminine, un besoin d'encadrement intensif a été observé au cours des derniers mois de 2005-2006 causant un engorgement.

Les suivis d'autres données révèlent en 2005-2006 comparativement à 2004-2005 :

- Signalements reçus : + 75
- Signalements retenus : - 44
- Liste d'attente à l'évaluation : + 16,3 jeunes par semaine
- Liste d'attente à l'application des mesures : + 7 jeunes par semaine
- Délai d'attente à l'évaluation : - 5,31 jours
- Délai d'attente à l'application des mesures : - 4,07 jours

L'augmentation de 3,5 % des signalements reçus en 2005-2006 est plus faible qu'à l'échelle du Québec (7,2 %). L'augmentation de la liste d'attente à l'évaluation s'explique principalement par une difficulté de combler les postes.

Depuis deux ans, une nette progression s'observe pour nous rapprocher de la cible ministérielle 2010.

Faits saillants

Le comité responsable de l'élaboration en 2003-2004 du Plan d'action régional pour les jeunes en difficulté et leur famille s'est réuni pour produire un premier bilan de réalisation des activités tenues entre 2003 et 2006.

Des mesures ont été réalisées dans huit des dix objectifs retenus au plan d'action régional élaboré en 2003-2004. En trois ans, 1 835 686 $ ont été investis pour des besoins récurrents et plus de 730 000 $ de manière non récurrente. Les sommes déboursées ont permis d'offrir un plus grand accès à des services de première ligne pour plusieurs territoires de CSSS. L'offre des services de base et la poursuite d'injection de sommes auprès des jeunes et de leur famille devraient soutenir une diminution de la pression ressentie durant plusieurs années sur les services du Centre jeunesse.

Accoucher loin du milieu de vie

En 2005-2006, l'Agence a investi une somme de 22 370 $ (base annualisée) auprès de 3 établissements pour soutenir 22 futures mères lors de leur séjour de 2 à 4 semaines à Sept-Îles, avant la date prévue de leur accouchement. Ce soutien financier veut également favoriser la présence du conjoint ou d'une autre personne significative lors de l'accouchement. Afin de couvrir toutes les naissances des territoires de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord et de Caniapiscau, plus de 90 000 $ devront être investis au cours des prochaines années pour joindre 111 familles.

Travailleur de rue

Depuis 1995, la pratique du travail de rue est soutenue financièrement par l'Agence auprès de cinq organismes communautaires. Le financement des organismes, qui encadrent le travail de rue, était jusqu'à tout dernièrement et depuis une dizaine d'années, tributaire d'enveloppes diverses non récurrentes. Cet appui financier, accordé sur la base d'une évaluation, d'une reconnaissance régionale et d'une accréditation, était également conditionnel à l'adhésion au cadre de référence de la pratique du travail de rue.

Le travail de rue, qui s'inscrit dans l'approche du Programme national de santé publique 2003-2012, permet d'offrir aux jeunes, aux populations à risques ou en difficulté ainsi qu'aux décrocheurs, un service de première ligne en prévention, en information et en éducation et favorise l'intégration sociale.

En 2005-2006, l'Agence a accordé une subvention récurrente de 50 000 $ dédiée à l'ensemble des organismes ainsi que 127 000 $ de crédits non récurrents, et a pris des dispositions dans le but d'assurer un financement récurrent pour les prochaines années.

Maisons de jeunes

En février 2006, l'Agence a accordé dans le cadre d'un projet pilote de développement d'activités intergénérationnelles, une aide financière non récurrente de 6 500 $ à la Maison des jeunes de Rivière-au-Tonnerre. Cette somme a été allouée à même les crédits régionaux du soutien aux organismes communautaires (SOC) afin de permettre, en collaboration avec le club de l'âge d'or de cette même localité, la réalisation d'activités récréatives et préventives. Les objectifs sont de favoriser des rencontres intergénérationnelles et de contrer l'isolement chez les aînés de cette communauté.

LES DÉPENDANCES

1. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - TOXICOMANIES

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Services de première ligne - toxicomanies**
Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et coordonné en toxicomanie	128	128	129

Commentaires

En 2005-2006, 129 jeunes sont inscrits dans le programme «jeunesse». De ceux-là, 85 sont référés dans le cadre d'un mécanisme d'accès.

Faits saillants

Dans le cadre de la Semaine nationale de prévention de la toxicomanie, du 20 au 26 novembre 2005, une conférence de presse a permis de procéder au lancement d'une campagne régionale triennale de prévention et de sensibilisation à l'ensemble des problématiques de dépendance. Cette campagne, issue des orientations du plan d'action régional de la Côte-Nord, se tenait à l'initiative du comité régional intersectoriel sur les dépendances.

2. JEU PATHOLOGIQUE

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Jeu pathologique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	133	146	129

Commentaires

La cible n'a pas été atteinte et il n'y a pas d'attente. Cependant, on rapporte des difficultés d'accessibilité de service en jeu pathologique dans certains secteurs du territoire, ce qui demande à être documenté.

Faits saillants

Entre 2003 et 2005, 481 personnes ont bénéficié d'un suivi au Centre Le Canal à titre de joueurs pathologiques ou de proches ayant reçu des services. Précisons que les services de thérapie à l'interne sont attribués hors région. 21 personnes en ont bénéficié pour cette même période. Le taux de service aux proches a diminué, mais il est adapté à la demande exprimée et aux besoins de la clientèle.

Tout comme pour les années précédentes, plusieurs activités d'information et de sensibilisation ont été mises en œuvre par les intervenants : soupers-conférences, ateliers d'information auprès de la population et auprès des milieux scolaires, tables et rencontres d'information et de prévention en milieu de travail, reportages et articles pour les journaux. Il y a eu diffusion d'outils tels que dépliants, affiches et vidéos.

De plus, deux ententes de services et de soutien en conseil financier ont été conclues, à l'automne 2005, entre le Centre Le Canal et deux partenaires en région. Ces partenaires sont l'Association pour la protection des intérêts des consommateurs (APIC) de Baie-Comeau et le Centre de recherche et d'information en consommation (CRIC) de Port-Cartier, tous deux spécialisés en cette matière.

Il faut préciser que les demandes de services ont légèrement diminué en général sur le territoire au cours des trois dernières années, sauf dans les secteurs de la Haute-Côte-Nord et de la Minganie.

Communauté autochtone de Schefferville

Devant l'ampleur de la problématique du jeu dans cette communauté, le MSSS a consenti en 2006, à la demande de l'Agence, une somme de 12 700 $ pour la mise sur pied d'un projet pilote pour intervenir auprès des autochtones de Matimekosh.

L'Agence, en collaboration avec le Centre Le Canal, envisage notamment d'offrir une formation aux intervenants et auprès des personnes significatives du milieu.

LA SANTÉ MENTALE

1. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Services de première ligne - santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'usagers (moins de 18 ans) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	16	204	66
Nombre d'usagers (18 ans et plus) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne en santé mentale en CLSC (mission CLSC)	670	752	629

Commentaires

Nombre de jeunes ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale

Les résultats régionaux sont de 66 jeunes, ainsi la cible régionale fixée à 204 jeunes n'est pas atteinte.

Selon nous, ces résultats s'expliquent ainsi. D'une part, la cible régionale fixée à 204 enfants (seuil identifié par le MSSS) dont la répartition a été faite selon la réalité démographique de chacun des territoires, ne tenait pas compte des ressources disponibles des CSSS, de l'état d'avancement des travaux relatifs à la mise en réseau local de services et de l'élaboration des projets cliniques sur chacun des territoires.

Cependant cette première année d'expérimentation de cet indicateur nous permet de constater que des ressources doivent être ajoutées et que des activités de sensibilisation et d'information doivent être réalisées auprès des partenaires, particulièrement auprès des médecins qui ont l'habitude de référer en 2e ligne et auprès des intervenants jeunesse qui utilisent peu le profil 410 dans la transmission des données statistiques. La majorité des intervenants jeunesse ont été rencontrés et déjà, à la période 13, les résultats nous indiquent une meilleure compréhension de la méthode de calcul de cet indicateur. Le travail d'information et de sensibilisation auprès des médecins est prévu pour la prochaine année.

Enfin, un budget annuel de 60 000 $ a été accordé en 2005-2006 au CSSS de la Haute-Côte-Nord pour les services de première ligne en santé mentale à l'attention de la clientèle jeunesse.

Nombre d'adultes ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale

Les résultats régionaux sont de 629 adultes, ainsi la cible régionale de 752 personnes n'est pas atteinte.

En 2004-2005, la cible régionale était d'offrir à 608 adultes de 18 ans et plus des services d'évaluation et de traitement en 1re ligne. Cinq des sept territoires ont dépassé leur cible pour un résultat total de 670 personnes. Aussi, compte tenu de la cible régionale de 1 498 personnes à atteindre en 2010, la majorité des établissements, en 2005-2006, ont accepté d'augmenter la leur. Les résultats à la période 7 nous indiquaient qu'encore une fois plusieurs des établissements atteindraient leur cible. Cependant, dès l'automne, des

fluctuations de personnel (départ à la retraite, mobilité, congé de maladie et congé de maternité) ont déstabilisé le réseau, et plus particulièrement les territoires de Manicouagan, de la Basse-Côte-Nord et de la Minganie. Pour les deux derniers établissements nommés, la difficulté à remplacer leur personnel s'ajoute en raison de l'éloignement. Cependant, la situation se stabilise et la cible devrait être atteinte en 2006-2007.

2. SERVICES DE CRISE ET D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Services de crise et d'intégration dans la communauté - santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté	175 personnes incluant le suivi intensif	85 personnes incluant le suivi intensif	60.69 personnes incluant le suivi intensif
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus qui ont reçu des services de suivi intensif	N/A	N/A	N/A

Commentaires

La cible n'est pas atteinte bien que 180 personnes soient rejointes.

Des travaux menés conjointement avec des établissements, notamment les CSSS de la Basse-Côte-Nord, de l'Hématite, de Manicouagan et de Sept-Îles, nous permettent de mieux comprendre les raisons de l'écart constaté entre la cible et les résultats obtenus. Les CSSS de Sept-Îles et de Manicouagan ont tous deux vécu une fusion de missions dans les deux dernières années et le service de soutien dans la communauté s'est retrouvé sans coordination véritable pendant un certain temps et traversé par le départ et l'arrivée d'intervenants. Des corrections ont été apportées à l'égard de la coordination et les intervenants seront invités à participer à une activité de formation leur permettant d'améliorer leur compréhension des finalités de ce service et leurs compétences.

Par ailleurs, à cause de leur particularité géographique, les clientèles desservies par les CSSS de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite peuvent difficilement être comptabilisées étant donné la méthode de calcul du MSSS au regard de cet indicateur (intervention hors les murs du CSSS). Aussi ces établissements seront retirés de la liste des établissements devant comptabiliser ce service.

3. FAITS SAILLANTS

3.1 Estimation de l'offre de service en santé mentale

Pour faire suite à la parution du Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*, en mars 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux lance une démarche conjointe aux trois paliers de gestion (MSSS, Agence et CSSS) afin de se doter d'un outil permettant d'avoir une base de données commune en santé mentale.

Cette démarche réalisée par les CSSS, les organismes communautaires et l'Agence nous permet de mieux cerner l'offre de service déployée sur chacun des territoires par les CSSS eux-mêmes, les organismes communautaires qui y œuvrent et les autres dispensateurs de services qu'ils soient au palier local, régional ou provincial. Elle permet également de préciser les services requis par la population locale et elle contribuera à actualiser le projet clinique des CSSS (volet santé mentale) et à assurer le suivi du plan d'action en santé mentale.

3.2 Colloque sur l'appropriation du pouvoir des personnes utilisatrices de services en santé mentale

Tel que prévu, le Groupe nord-côtier de défense des droits en santé mentale a tenu le colloque sur l'appropriation du pouvoir pour les personnes utilisatrices de services en santé mentale. Celui-ci s'est déroulé sous le thème «La clé de mon pouvoir», les 5 et 6 mai 2005. Plus de 150 personnes étaient présentes. Près de la moitié (49 %) d'entre elles étaient des utilisatrices de services en provenance de plusieurs MRC de la région et même de l'extérieur. Plusieurs d'entre elles en étaient à leur première expérience et ont grandement apprécié partager leur point de vue avec d'autres y incluant des intervenants et des gestionnaires des réseaux public et communautaire.

Ce colloque a fait la démonstration, hors de tout doute, qu'une personne aux prises avec un trouble mental peut se rétablir, retrouver espoir et courageusement réinvestir ses rôles sociaux. Une condition cependant est essentielle : la relation de confiance, d'écoute et de respect que peuvent leur offrir les intervenants qui les accompagnent tout au long de ce processus.

3.3 Profil nord-côtier des aidants naturels en santé mentale

En janvier 2006, paraissait une édition spéciale du bulletin *La Santé recherchée* faisant état de la recherche effectuée auprès d'aidants naturels de la région afin de rendre compte de leur vécu. Rappelons que plus de trois aidants principaux sur quatre sont des femmes (76,4 %). L'âge moyen est de 52,8 ans.

Ce bulletin a été diffusé très largement dans la région. Il contient des données intéressantes qui pourront être utilisées par les CSSS et leurs partenaires afin de mieux cerner les besoins de cette clientèle dans l'élaboration de leur projet clinique en santé mentale.

3.4 Équipe de 2e niveau en santé mentale et protocole d'intervention pour les jeunes à risque suicidaire sous la responsabilité du Centre jeunesse

Un comité de travail est à compléter la mise en place de deux équipes d'intervention, soit une à Sept-Îles pour le secteur est de la Côte-Nord et une à Baie-Comeau pour le secteur ouest. Ces équipes seront composées d'un psychologue, d'un médecin, d'une infirmière, de la personne autorisée et de l'éducateur.

Son mandat principal est d'assurer une réponse aux demandes de consultation pour des situations de jeunes avec une problématique en santé mentale ou une problématique suicidaire, d'analyser la situation du jeune et évaluer son état de santé mentale, clarifier la conduite à tenir et s'assurer du suivi des actions.

LA SANTÉ PUBLIQUE

1. PROMOTION ET PRÉVENTION - JEUNES ET FAMILLES

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Promotion et prévention - jeunes et familles**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité en s'assurant de rejoindre 75 % des femmes enceintes et des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Proportion de femmes âgées de 20 ans ou plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu, ayant accouché dans l'année, rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance - Volet soutien aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté	48.2 %	18 nouvelles inscriptions en postnatal (45 %)	48 nouvelles inscriptions en postnatal (38.8 %)

Commentaires:

Le nombre de femmes rejointes est supérieur à la cible. La base annualisée du financement de l'année 2004-2005 et 2005-2006 (total : 227 547 $) permet à l'ensemble des établissements de joindre la clientèle répondant aux critères d'admissibilité.

L'indicateur de 2004-2005 n'avait pas la même définition que celui de 2005-2006 ce qui ne permet pas de comparer les résultats entre eux. De plus, le résultat indiqué dans le rapport annuel 2004-2005 était de 53.5 %. Cette donnée a été revue et corrigée en cours d'année afin d'inclure dans le dénominateur les femmes dont la sous-scolarité était inconnue au fichier des naissances. Cela explique pourquoi le résultat 2004-2005 présenté dans ce bilan diffère de celui déclaré dans le bilan de l'année dernière.

2. DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Dépistage du cancer du sein**
Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) : Augmentation	54 %	55,5 %	53,2 %
Taux de détection initial du cancer du sein	N/D	N/D	N/D
Taux de détection subséquent du cancer du sein	N/D	N/D	N/D
Taux de référence initial pour investigation : Diminution	15,4 %	13,9 %	17,1 %
Taux de référence subséquent pour investigation : Diminution	12,1 %	11,6 %	8,3 %

Commentaires

La cible visée pour le taux de participation n'a pas été atteinte. Des difficultés liées au manque de ressources humaines ont été identifiées. Cependant, il convient de préciser que le résultat est supérieur au seuil de service (40 %) et que des territoires atteignent 70 % de l'objectif.

La cible visée pour le taux de référence initial pour investigation n'a pas été atteinte mais on note une amélioration en ce qui a trait au taux de référence subséquent. Précisons par ailleurs qu'un Plan d'action régional en assurance-qualité pour le PQDCS est actuellement en élaboration, ce qui devrait contribuer à améliorer la qualité des interventions dans ce programme.

3. PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

3.1 Prévention - tabagisme

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Prévention - tabagisme**
Objectifs de résultats 2005-2010	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	175	244	237

Commentaires

En 2005-2006, 237 fumeurs ont reçu des services dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT) de la Côte-Nord. La cible a donc été atteinte dans une proportion de 97 % et dépasse le résultat obtenu en 2004-2005 (hausse de 35,4 %). Le résultat serait d'ailleurs supérieur à la cible si les fumeurs ayant participé à des rencontres de groupe et ceux ayant reçu des services lors d'un séjour hospitalier étaient compris dans le calcul de cet indicateur. En effet, en ce qui a trait aux fumeurs qui ont participé à une rencontre de groupe, les données I-CLSC de la période 12 (en expérimentation) nous permettent de constater que la somme du nombre maximum de participants par groupe de cessation de tabagisme se chiffrait à 25. Pour ce qui est de la clientèle vue en secteur hospitalier, le CSSS de Manicouagan rapporte que, au 31 mars 2006, 311 patients hospitalisés et fumeurs ont été rencontrés par l'infirmière responsable du programme PACT. De ce nombre, 65 se sont inscrits au programme.

Précisons aussi que, en mars 2006, tous les intervenants des CAT ont suivi une formation portant sur le *Cadre normatif* du *Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC* ainsi que sur le nouveau guide de saisie lié aux services de cessation du tabagisme en CSSS entré en vigueur le 1er avril 2006. L'application du nouveau guide aura pour effet d'uniformiser la saisie des données des CAT avec comme modification majeure l'ajout des données concernant les interventions de cessation faites en groupe.

Faits saillants

Signe encourageant, l'Enquête santé Côte-Nord 2005 révèle une diminution significative de la proportion de fumeurs réguliers (à tous les jours) par rapport à 2000 (23,8 % contre 30,1 %). Cette tendance à la baisse du tabagisme dans la région fait en sorte que la population nord-côtière ne se démarque plus de la population du Québec. Par contre, il reste encore du travail à faire dans certains secteurs de la région puisque la même enquête démontre, entre autres, que les populations des réseaux locaux de la Minganie (38,8 %) et de Sept-Rivières (35,5 %) fument davantage que la population nord-côtière (31,6 %). De même, la proportion de fumeurs demeure élevée au sein de la population âgée de 18 à 29 ans (40 %).

Dans le cadre du programme provincial «La gang allumée, pour une vie sans fumée», 17 écoles primaires et une maison de jeunes ont présenté des projets qui ont permis de rejoindre quelque 3 100 élèves. De plus, trois écoles secondaires ont également participé au programme. Le projet présenté par l'École secondaire Serge-Bouchard de la MRC de Manicouagan a été retenu par le Conseil québécois sur le tabac et la santé pour représenter la Côte-Nord lors d'une émission de télévision, sur les ondes de MusiquePlus, totalement consacrée aux activités des «gangs allumées» de chaque région du Québec. Un extrait du Forum sur le tabagisme, à l'image de ceux réalisés par Claire Lamarche, a alors été présenté.

Défi «J'arrête, j'y gagne» 2006

Cette année encore, la Direction de santé publique a participé au Défi provincial 2006 «J'arrête, j'y gagne», qui comportait un volet particulier «Famille sans fumée». Ainsi, 449 fumeurs parrainés par un non-fumeur se sont inscrits, soit 366 adultes âgés de 25 ans et plus, 56 jeunes adultes entre 20 et 24 ans et 27 jeunes âgés de 19 ans et moins. Depuis l'année 2000, un total de 3 288 Nord-Côtiers y ont participé. Le volet «Famille sans fumée» a attiré 114 familles qui ont déclaré avoir fait de leur milieu familial un milieu sans fumée.

3.2 Campagne promotionnelle

Une campagne promotionnelle multimédia s'échelonnant sur trois ans a été lancée en janvier. L'objectif pour l'An 1 est de sensibiliser la population aux plaisirs d'être actif et de manger sainement. Plusieurs éléments constituent cette campagne, soit :

Message promotionnel à la télévision

Un message de 30 secondes visant à sensibiliser les personnes de tous les âges au plaisir d'être actif a été diffusé sur les ondes d'une station de télévision rejoignant tout le territoire nord-côtier, en février et mars. Un budget de 10 000 $ a été consacré à cette campagne télévisée.

Défi-Santé 5/30

Dans la foulée de la campagne provinciale visant à inciter la population à entreprendre une démarche individuelle pour améliorer ses habitudes alimentaires et la pratique de l'activité physique, un message promotionnel est paru dans les hebdos régionaux en mars et avril. De plus, ce message a touché directement les employés des établissements de santé et de services sociaux et ceux d'une vingtaine d'entreprises, ministères et centres de la petite enfance.

Soulignons la participation de 774 Nord-Côtiers au défi.

Fruits et légumes en vedette

En appui à la campagne nationale dont l'objectif est la mise en valeur des fruits et des légumes, des actions ont été menées afin d'inciter les restaurateurs et les gestionnaires des cafétérias à participer à cette initiative. Au total, 11 restaurants, 2 cafétérias d'entreprises et toutes les cafétérias des CSSS ont participé.

3.3 Sécurité alimentaire

Dans le but de soutenir et favoriser les actions qui s'inscrivent dans une perspective de développement de saines habitudes alimentaires et de développement social, 13 projets ont été appuyés financièrement pour un budget global de 65 516 $ dans le cadre du Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire.

3.4 Prévention et promotion de la santé en milieu scolaire «École en santé»

Dans le cadre du plan d'action intersectoriel pour la prévention et la promotion de la santé *Une action concertée pour des «Écoles en santé»*, des ententes de complémentarité MSSS-MELS et du plan de déploiement régional de l'approche «École en santé», voici les faits saillants à souligner.

- Trente-six écoles du préscolaire au 3e cycle ont dispensé le programme «Vers le Pacifique» qui vise le développement des habiletés sociales et la résolution pacifique des conflits;
- Cinq écoles primaires et une école secondaire ont actualisé le projet «Jeunes en santé»;
- L'An 3 de la campagne régionale portant sur l'estime de soi dont le thème abordé est «Les relations significatives à l'adolescence» s'est déroulé dans 11 écoles qui ont majoritairement actualisé les ateliers pré ou postconférence;
- Réalisation d'un portrait des activités et des programmes en prévention et promotion de la santé en milieu scolaire auprès des réseaux de la santé, de l'éducation et de la Sûreté du Québec;
- Présentation de l'approche «École en santé» aux gestionnaires et intervenants des réseaux de la santé, de l'éducation et de la Sûreté du Québec;

- Sept sessions d'appropriation et de mobilisation ont eu lieu pour les gestionnaires et les intervenants de chaque territoire afin de les soutenir dans le déploiement d'«École en santé» pour leur territoire.

3.5 Kino-Québec

Dans le cadre du concours «École Active», 15 écoles ont reçu des bourses totalisant un montant de 18 700 $ pour réaliser leur projet visant à favoriser l'activité physique et les saines habitudes de vie ou l'aménagement sécuritaire de leur cour d'école.

La 5e édition du «Défi Basket» a mis en action 6 645 jeunes de la région, de la maternelle à la 5e année du secondaire, dans 38 écoles de la région.

Deux centres de la petite enfance et 17 écoles ont participé à la campagne «Plaisirs d'hiver» dont le volet scolaire vise à favoriser les activités extérieures durant les cours d'éducation physique.

La campagne nationale «Plaisirs d'hiver», visant à faire sortir et bouger la population pendant la saison blanche, s'est tenue auprès de 19 municipalités et organismes. Ils ont mis sur pied un peu plus de 40 activités pour la population.

Six municipalités ont participé à la première édition des «Journées Actives» qui visent à promouvoir leurs différentes infrastructures.

Dix-sept milieux de travail ont pris part à la campagne promotionnelle «Mon style de marche», ce qui a permis de joindre environ 4 500 adultes. Quatre journées de promotion sur la pratique régulière de l'activité physique ont été tenues en milieu de travail.

Soulignons que le partenariat entre Kino-Québec, l'Unité régionale Loisir et Sport Côte-Nord et le Sport Étudiant a favorisé le développement de plusieurs dossiers tels que «Défi Basket», «École Active», «Plaisirs d'hiver» et les «Journées Actives».

3.6 Santé dentaire

Un projet pilote est en cours dont le but est d'initier les hygiénistes dentaires de Sept-Îles, Port-Cartier et de la Minganie à l'application d'agents de scellements en milieu scolaire. Une subvention du MSSS permettra l'achat d'équipements et de fournitures nécessaires.

L'assemblée annuelle régionale des hygiénistes dentaires et du dentiste conseil s'est tenue à Sept-Îles en novembre 2005 afin d'harmoniser la pratique et la formation.

3.7 Prévention des traumatismes non intentionnels

À l'automne 2005, dans le contexte des négociations avec la Société des traversiers du Québec, les employés ont interrompu le service des traversiers en guise de moyen de pression. En collaboration avec le ministère des Transports et l'INSPQ, la Direction de santé publique a analysé le risque relatif supplémentaire découlant de la réduction et de l'interruption du service de traversier Tadoussac – Baie-Sainte-Catherine. À la suite de représentations non concluantes devant le Conseil des services essentiels, une demande a été déposée au Directeur national de santé publique à l'effet que le ministre de la Santé et des Services sociaux recommande au gouvernement l'adoption d'un décret pour suspendre ou interdire le droit de grève à la traverse Tadoussac – Baie-Sainte-Catherine. La Direction de santé publique souhaite ainsi s'assurer que le seul lien fonctionnel sécuritaire entre la Côte-Nord et le reste du Québec ne soit perturbé d'aucune manière susceptible de compromettre la santé et la sécurité de la population.

4. MALADIES INFECTIEUSES

4.1 Protection - infections transmissibles sexuellement et par le sang

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Protection - infections transmissibles sexuellement et par le sang**
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisé par les SIDEP auprès de l'ensemble de la clientèle	1 626 tests	1 626 tests	2 035 tests
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	145 tests	145 tests	178 tests
Volume de vaccinations auprès de l'ensemble de la clientèle du SIDEP	522 vaccins	522 vaccins	498 vaccins
Volume de vaccinations des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	151 vaccins	151 vaccins	100 vaccins

Commentaires

Sur la Côte-Nord, sept établissements de santé offrent des services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des ITSS avec l'ajout, en 2005, du CSSS de Port-Cartier. Les efforts ont été poursuivis cette année afin d'améliorer les interventions auprès des clientèles vulnérables de chaque territoire : homosexuels, bisexuels, utilisateurs de drogues, jeunes de la rue, travailleurs du sexe, clients des travailleurs du sexe, personnes incarcérés ou l'ayant été, autochtones, personnes ayant des partenaires multiples (particulièrement les 15-24 ans), femmes victimes de violence, jeunes en difficulté.

Au cours des deux dernières années, les établissements ont comptabilisé le nombre total de tests de dépistage réalisés auprès de l'ensemble de la clientèle qui en faisait la demande. Par exemple, pour un même client vulnérable ou non, de un à six tests pouvaient être comptabilisés de façon manuelle ou informatisée.

La diminution du volume de vaccination en 2005-2006 s'explique par le fait qu'un programme de vaccination contre l'hépatite B est en place pour les élèves de la 4e année du primaire depuis 1994. De plus, il existe également un programme de vaccination pour les clientèles vulnérables depuis plusieurs années. On s'attend donc à observer une diminution du nombre de personnes à vacciner.

Il est à noter que 96,6 % des tests de dépistage et 100 % des vaccinations hors les murs des SIDEP ont été réalisés par le CSSS de Manicouagan. Ces activités ont eu lieu au centre de détention et auprès d'un organisme travaillant auprès des toxicomanes, ce qui est difficilement réalisable dans les autres territoires. En effet, compte tenu de la faible densité de la population, la principale difficulté de certains établissements de la Côte-Nord (Basse-Côte-Nord, Fermont et Minganie) est la réalisation d'activités de dépistage et de vaccination hors les murs du SIDEP. Ces activités sont réalisées au CSSS ou au point de service, compte tenu de l'absence de d'autres lieux physiques pour ce faire. Compte tenu de ce qui précède, nous considérons que l'objectif a été atteint.

Précisons qu'une subvention a été octroyée en 2005-2006 pour l'implantation des SIDEP dans les établissements selon la répartition suivante : CSSS de la Haute-Côte-Nord (7 500 $), CSSS de Manicouagan (21 000 $), CSSS de Port-Cartier (4 725 $), CSSS de Sept-Îles (16 275 $), CSSS de la Minganie (4 500 $), CSSS de la Basse-Côte-Nord (4 000 $), CSSS de l'Hématite (3 500 $) et CLSC Naskapi (2 000 $).

Enfin, une tournée des établissements a été amorcée en 2005 afin d'évaluer les SIDEP. Le CSSS de la Haute-Côte-Nord (pavillon Forestville), le CSSS de la Minganie et celui de l'Hématite ont été visités. Cette tournée se poursuivra en 2006-2007.

4.2 Infections nosocomiales

Formation

Au cours de l'automne 2005 se déroulait la première session de formation en prévention et contrôle des infections nosocomiales, dispensée par l'INSPQ. La Côte-Nord y était représentée par deux participantes, choisies par l'INSPQ, soit la professionnelle en prévention des infections du CSSS de l'Hématite ainsi que la responsable régionale en prévention des infections de l'Agence. Par ailleurs, les infirmières en prévention des infections n'ayant reçu aucune formation en prévention des infections devraient pouvoir être formées au cours de l'année 2006-2007. À noter que cette formation théorique, d'une durée de 80 heures, sera éventuellement suivie d'un stage en milieu clinique.

Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN)

La TRPIN Côte-Nord, dont les activités ont débuté en décembre 2005, relève de l'Agence et est imputable à la présidente-directrice générale. Présidée par docteur Pierre-R. Laberge, microbiologiste infectiologue au CSSS de Sept-Îles, elle est composée d'acteurs impliqués dans la prévention et le contrôle des infections nosocomiales à l'échelle régionale et locale. Son mandat est de favoriser l'harmonisation des pratiques et le partage d'outils, promouvoir la formation et soutenir les établissements de soins dans la lutte contre les infections nosocomiales. Jusqu'à maintenant, les membres se sont réunis à deux reprises et les principales discussions ont porté sur les dossiers suivants : inventaire des mesures en prévention des infections, formation de base en prévention et contrôle des infections nosocomiales, aménagements physiques dans les établissements et outils de référence en prévention des infections. L'excellent taux de participation (91 %) est révélateur de la volonté des membres de relever le défi de la réduction des infections nosocomiales.

4.3 Vaccination contre l'influenza

Comme l'an dernier, plus de 25 000 doses de vaccin contre l'influenza ont été administrées au cours de la campagne de vaccination de l'automne 2005. À noter qu'afin de préparer les CSSS à rendre opérationnelles des cliniques de vaccination de masse lors d'une éventuelle pandémie d'influenza, les doses du vaccin contre l'influenza (campagne de vaccination saisonnière) ont été centralisées uniquement dans ces établissements et dans les communautés autochtones. Alors qu'auparavant environ 30 % des doses étaient administrées en cabinet médical, la vaccination antigrippale est désormais principalement assumée par les CSSS. Ces établissements ont ainsi administré 95 % des doses, soit près de 6 500 doses de plus que l'an dernier. Une subvention de 103 865 $ leur a été octroyée afin de les soutenir dans la réalisation de ces activités.

Enfin, précisons que l'évaluation de la couverture vaccinale révèle que 93 % des résidents vivant dans les milieux de soins de longue durée et 61 % des travailleurs de la santé ont été vaccinés cette année comparativement à 91 % et 60 % l'an dernier.

4.4 Maladies à déclaration obligatoire

Au cours de l'année 2005, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a enregistré 423 maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine infectieuse comparativement à 475 en 2004. La chlamydiose génitale représente 74 % des MADO déclarées (Annexe C).

- Le nombre de cas de chlamydiose a légèrement diminué depuis l'an dernier. Cependant, on constate une augmentation chez les autochtones (49 % des cas déclarés comparativement à 36,6 % en 2004).
- Deux cas de syphilis ont été déclarés ce qui totalise trois cas (un cas en 2004) depuis 1993. Rappelons que l'on observe une recrudescence de la syphilis au Québec depuis 2000.
- Vingt-cinq cas d'infection invasive à streptocoque pneumoniae (IISP) ont été déclarés dont quatre chez des enfants de moins de cinq ans. Depuis décembre 2004, un programme de vaccination gratuite contre le pneumocoque est en place auprès des enfants de deux mois. Des enquêtes épidémiologiques sont effectuées auprès des enfants âgés de moins de cinq ans atteints d'une IISP afin de participer aux travaux provinciaux concernant l'évaluation de l'impact du programme québécois de contrôle des maladies pneumococciques invasives et de l'efficacité du vaccin conjugué chez les enfants de moins de 60 mois.
- Six cas d'infection invasive à streptocoques du groupe A (bactérie mangeuse de chair), dont un cas très sévère avec choc toxique ont été enregistrés. Pour cinq d'entre eux, un traitement préventif a été recommandé à 88 contacts très étroits compte tenu de la sévérité de la présentation clinique.

- Deux cas de tuberculose ont été déclarés cette année. Les enquêtes épidémiologiques entreprises ont permis d'identifier 28 contacts étroits dont 3 ont reçu un traitement préventif.

4.5 Éclosions

- Une éclosion de giardiase touchant six personnes est survenue dans une garderie en milieu familial et un centre de la petite enfance.

- Au cours de la saison grippale 2005-2006, aucune éclosion d'influenza n'a été signalée dans les CHSLD contre six éclosions d'influenza A en 2004-2005 survenues dans quatre milieux de soins de longue durée (entre décembre et février).

- Seize personnes ont présenté des symptômes de gastro-entérite après avoir participé à un buffet servi à l'occasion d'un baptême (taux d'attaque : 80 %). L'enquête épidémiologique effectuée a mis en évidence la salsa maison comme étant l'aliment en cause.

- Vingt-trois travailleurs d'une entreprise de la région (taux d'attaque : 54,8 %) ont présenté des symptômes de gastro-entérite et l'enquête épidémiologique n'a pas permis d'identifier la source de l'infection; il s'agit probablement d'une éclosion d'origine virale.

4.6 Programme de vaccination de base

Plus de 95 % des enfants âgés de deux ans et 96 % des jeunes d'âge scolaire ont reçu tous les vaccins prévus au calendrier régulier d'immunisation.

Par ailleurs, une journée de mise à jour sur la vaccination, incluant les injections multiples, a reuni plus de 40 infirmières vaccinatrices des CSSS et des communautés autochtones de la région. En effet, la collaboration de ces professionnelles a été sollicitée à plusieurs reprises au cours des dernières années afin d'implanter de nouveaux programmes de vaccination (ex. : méningocoque, pneumocoque, influenza chez les 6-23 mois, coqueluche à l'adolescence). De plus, depuis le 1er janvier 2006, le vaccin contre la varicelle a également été ajouté au calendrier régulier de vaccination et des activités de rattrapage actif sont prévues dans deux groupes cibles.

À noter qu'un soutien financier récurrent a été accordé aux établissements vaccinateurs.

4.7 Santé des voyageurs

Ayant répondu aux exigences de l'Agence de santé publique du Canada, la Clinique de santé voyage du CSSS de Manicouagan a obtenu l'accréditation de Centre désigné de vaccination contre la fièvre jaune. La Clinique de santé voyage du CSSS de Sept-Îles ayant obtenu son

accréditation en 2000, la Côte-Nord est maintenant dotée de deux Centres désignés de vaccination contre la fièvre jaune, permettant ainsi d'accroître les services offerts aux voyageurs de la région.

5. DÉVELOPPEMENT SOCIAL

L'année 2005-2006 a été marquée par la réalisation de l'activité «Escale 2005». Cet événement a réuni plus de 180 personnes de divers milieux et organismes qui ont reçu de la formation et partagé de l'information sur les projets de développement social. L'Agence a accordé une subvention de 10 000 $ pour soutenir «l'Escale 2005».

Le service de la recherche a publié un bulletin d'information sur l'impact des organismes communautaires sur la prévention et la promotion de la santé.

6. SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Depuis plusieurs années maintenant, la Direction de santé publique assure une réponse en santé environnementale. Ce domaine réfère aux éléments du milieu environnemental susceptibles de porter atteinte à l'humain. Des sujets tels que la qualité de l'eau potable, de l'air intérieur et extérieur, du sol, de même que le maintien de milieux habités sécuritaires et des écosystèmes viables font partie intégrante de ce champ d'intervention.

Activités et réalisations

En 2005-2006, l'équipe de santé environnementale a traité sensiblement les mêmes dossiers que l'année précédente dans un but de développement, tout en continuant de répondre aux différentes demandes provenant tant du public que des compagnies ou encore des autres ministères. Voici les faits saillants :

- Réalisation d'une étude de faisabilité pour un programme de surveillance biologique de l'exposition aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) d'origine industrielle à Baie-Comeau par l'INSPQ et la Direction de santé publique;
- Début de l'Étude de surveillance biologique de l'exposition aux hydrocarbures aromatiques d'origine industrielle à Baie-Comeau pour connaître l'exposition réelle de la population d'une partie du secteur Saint-Georges aux HAP;
- Création d'un partenariat avec le Conseil régional de l'environnement de la Côte-Nord pour des activités de promotion et de sensibilisation;
- Maintien de la surveillance des 76 réseaux d'eau de la Côte-Nord pour garantir une qualité d'eau de consommation sans danger pour la santé humaine en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP);
- Surveillance d'environ 52 dépassements de différentes normes pour des qualités physico-chimiques ou bactériologiques de l'eau de consommation, de même qu'environ 30 avis d'ébullition;

- Conseils téléphoniques au niveau de la qualité de l'air intérieur et extérieur pour une trentaine d'appels;
- Maintien de la surveillance et tenue des enquêtes épidémiologiques lors de déclaration de MADO d'origine environnementale;
- Analyse d'une douzaine de schémas d'aménagement et d'études d'impact environnemental.

7. SANTÉ AU TRAVAIL

Le mandat du service de santé au travail consiste à offrir des activités de prévention et de promotion de la santé pour des problèmes reliés à l'environnement de travail. Ces activités sont effectuées dans le cadre d'un Programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE) dont les modalités d'application sont établies en collaboration avec l'employeur et le ou les représentants des travailleurs de l'entreprise. Au 31 décembre 2005, 440 entreprises de la Côte-Nord bénéficiaient d'un PSSE.

Voici la synthèse des principales activités réalisées au cours de l'année par les intervenants des sept équipes de santé au travail, réparties dans sept territoires de CSSS.

ACTIVITÉS DE BASE DU PROGRAMME DE SANTÉ AU TRAVAIL RÉALISÉES DANS LES ENTREPRISES DE LA RÉGION

Activité	Établissement rejoint	Travailleur rejoint
Connaissance préalable de l'entreprise	15	170
Élaboration de PSSE	32	267
Mise à jour de PSSE	104	2 194
Surveillance environnementale	141	1 580
Surveillance médicale	54	532
Information	305	3 161
Premiers secours et premiers soins	268	6 736
TOTAL	**493** *	**15 986****

* Les établissements sont comptabilisés une seule fois même s'ils participent à plus d'une activité.
** Certains travailleurs sont comptabilisés plus d'une fois.

En plus des activités de base, les intervenants ont réalisé en 2005 :

- 466 analyses de postes dans le cadre du programme «Pour une maternité sans danger»;
- 5 études de dossiers d'indemnisation;
- 48 demandes de services qui proviennent des employeurs ou des travailleurs dans la majorité des cas.

Ils ont aussi effectué les activités prévues aux divers programmes provinciaux :

- L'exposition à l'amiante;
- Le bruit dans les scieries;
- L'asthme aux isocyanates (produit toxique présent dans les peintures);
- Les risques de transmission des infections dues aux agents biologiques;
- L'exposition des travailleurs au béryllium.

Et aux programmes régionaux :

- La qualité de l'eau potable dans les entreprises non reliées aux réseaux d'aqueduc municipaux;
- Les travailleurs du transport (pochette sur les risques à la santé associés à leur métier);
- Les étudiants inscrits au Diplôme d'études professionnelles (sessions d'information);
- Le colloque annuel en santé et sécurité du travail, organisé en collaboration avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST);
- La journée annuelle d'information en agriculture (Haute-Côte-Nord).

8. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Objectifs

Les activités de surveillance et d'évaluation réfèrent d'une part à la production et à la diffusion d'études et d'évaluations en santé publique et, d'autre part, à une assistance conseil tant à l'interne qu'auprès du réseau de la santé et des services sociaux.

Résultats

Parmi les principales réalisations de l'année, mentionnons :

- La réalisation de l'Enquête santé Côte-Nord 2005 et l'analyse des principaux faits saillants.
- L'analyse de diverses données touchant la population nord-côtière dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2003, cycle 2.1).
- La diffusion de trois numéros du bulletin régional *La santé recherchée* :
  - *Les organismes communautaires nord-côtiers et le développement social...* (Vol. 4, No. 1, Octobre 2005);
  - *Les aidants naturels en santé mentale sur la Côte-Nord* (Vol. 4, No. 2, Décembre 2005);
  - *L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes en 2003. Quelques faits saillants nord-côtiers concernant l'état de santé* (Vol. 5, No. 1, Mars 2006).
- La participation à la Table de concertation en sécurité routière (Agence, SAAQ, ministère des Transports du Québec, Sûreté du Québec) notamment par un soutien à la réalisation d'un état de situation sur les accidents impliquant un véhicule lourd dans la région et une présentation des faits saillants de l'Enquête santé Côte-Nord 2005 concernant la sécurité routière.
- La mise à jour de divers fichiers du système d'information de surveillance de l'état de santé de la population nord-côtière (naissances, décès, Med-Écho, tumeurs, mortinaissances).
- La mise à jour de diverses informations démographiques et sociosanitaires sur le site Web de l'Agence (ex. : estimations de population à l'échelle des municipalités nord-côtières selon le sexe et différents groupes d'âge).
- La mise à jour et le développement d'outils informatisés et automatisés pour soutenir la surveillance continue de l'état de santé de la population.

- La poursuite des travaux relativement à des études abordant les problématiques telles la contribution des organismes communautaires au développement social de la Côte-Nord et les retombées du programme «Mon ami, mon village».
- La gestion régionale du Programme de subventions en santé publique (PSSP) qui permet le financement d'études et d'analyses en santé publique. En 2005-2006, le budget de 101 422 $ a contribué au financement de l'Étude sur l'exposition aux HAP d'origine industrielle à l'aide d'un marqueur biologique, de l'Enquête santé Côte-Nord 2005 et de la réalisation de l'état de situation sur les accidents impliquant un véhicule lourd dans la région.

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

1. PRESTATION SÉCURITAIRE DES SERVICES

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Prestation sécuritaire des services**
Objectifs de résultats 2005-2010	Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion du risque et de la qualité	8	9	8
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	8	9	8
Nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	8	9	8
Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	8	9	8
Nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	8	9	8

Commentaires

Un seul établissement (CLSC Naskapi) ne s'est pas encore conformé aux obligations du projet de loi 71. Cet établissement a connu une réorganisation majeure en 2005-2006, avec remplacement de toute l'équipe de gestion. Les mesures de prestation sécuritaire de services seront implantées en 2006-2007.

2. PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Personnel du réseau et du Ministère**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,71	5,93	6,52

Commentaires

Ces résultats témoignent des données déposées par 6 établissements à la période 12. À cette même période nous retenons que les autres établissements affichaient une tendance à des résultats comparables. Par ailleurs, les établissements rapportent une augmentation sensible du nombre de cas d'absentéisme pour des raisons majeures et de longue durée (cas de cancer / maladies graves exigeant une longue période d'invalidité).

3. PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Prévention des infections nosocomiales**
Objectifs de résultats 2005-2010	Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre hospitalier courte durée - 1 ETP pour 133 lits de courte durée	7 / 7	7 / 7	7 / 7
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre d'hébergement et de soins de longue durée - 1 ETP pour 250 lits de longue durée	0	0	0

Commentaires

En 2004-2005, l'Agence octroyait un financement récurrent de 85 000 $ aux établissements du territoire afin de les soutenir dans la mise en place d'une ressource en prévention des infections selon le ratio de 1 ETP pour 133 lits de courte durée. En 2005-2006, un montant récurrent de 56 000 $ a également été octroyé pour supporter la réalisation des activités de prévention des infections nosocomiales en centre hospitalier de courte durée. Malgré l'atteinte de l'objectif, deux établissements ont connu une découverture de services pendant l'année. Plus précisément, l'un des établissements a vu son poste dépourvu de titulaire en raison d'un processus de supplantation, tandis que l'autre a vu trois titulaires se succéder, à la suite d'un processus de réaffectation et de réorganisation du service, entrecoupé de périodes d'absence. Toutefois, ces deux établissements ont pris les mesures nécessaires pour corriger la situation et atteindre le ratio recommandé à la fin de l'année financière.

Par ailleurs, l'hébergement de longue durée étant intégré dans chaque CSSS du territoire, la présence d'une ressource dans chacun d'eux assure la sécurité de la clientèle de longue durée en cas d'éclosion.

4. MESURES DE CONTRÔLE

À la suite de la parution en décembre 2002 des orientations ministérielles, les établissements doivent adopter un protocole d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle que sont la contention, l'isolement et les substances chimiques. La plupart des établissements de la région se sont acquittés de ce mandat. Certains sont à le compléter ou à adapter leur protocole à d'autres catégories de leur clientèle.

D'autres actions sont à venir notamment l'organisation de formation pour le réseau visant à adapter les modes de pratique et à intégrer de nouvelles façons de faire afin de diminuer l'utilisation des moyens de contrôle.

Enfin, les établissements peuvent maintenant disposer d'un document servant à mieux encadrer l'utilisation de mesures de contrôle. Il présente les résultats des évaluations de matériel de contention ainsi qu'un guide d'aménagement d'une chambre d'isolement.

5. QUALITÉ DES SERVICES ET TRAITEMENT DES PLAINTES

Le maintien et l'amélioration constante de la qualité des services demeurent au cœur des priorités des établissements de santé et de services sociaux de la région et de l'Agence.

Cette préoccupation se manifeste activement au sein des différents conseils et comités, mis en place en vertu de la loi ou des règlements, et tout spécialement les comités de la gestion des risques.

Au cours des cinq dernières années, nous pouvons noter une baisse appréciable des plaintes au regard des soins et services dispensés. Cette heureuse observation concerne également la diminution majeure des plaintes concernant le milieu de vie et les ressources matérielles.

Les établissements et l'Agence reçoivent annuellement une moyenne de deux cents plaintes. Quatre-vingt pour cent (80 %) de ces insatisfactions exprimées par les usagers portent essentiellement sur l'accessibilité et la continuité des soins et services. L'absence d'un nombre important de médecins spécialistes et la recherche d'un médecin de famille, qui créent dans les deux cas des délais majeurs pour l'obtention des soins et des services, expliquent la teneur de ces plaintes.

Les efforts et les initiatives du réseau nord-côtier commencent à porter fruits et nous permettent de croire en une amélioration de la situation à court et à moyen terme.

Notons qu'un rapport spécifique concernant le traitement des plaintes est déposé au cours de l'automne de chaque année à la Direction générale de l'Agence, laquelle s'assure des suites pertinentes à donner.

6. ADAPTATION DES SERVICES SELON LE SEXE

6.1 Analyse différenciée selon les sexes

En février 2003, le MSSS annonce, dans le cadre de ses orientations ministérielles et de sa stratégie d'action en santé et bien-être des femmes, sa décision d'instaurer l'analyse différenciée selon les sexes dans ses pratiques de gestion tout comme dans celles des instances locales et régionales des différentes régions du Québec.

Le programme de formation qu'il a élaboré a été adapté aux besoins du milieu et rediffusé dans la région. Une session d'une journée a été offerte aux professionnels de l'Agence et sur chacun des territoires locaux à l'exception de la Basse-Côte-Nord pour qui une session est prévue à l'automne. Également les organismes communautaires qui offrent des services aux différentes clientèles ont été invités. Plus de 80 gestionnaires et professionnels concernés par la planification, la programmation, la recherche, l'évaluation et le suivi ont été rejoints.

6.2 Condition de vie des femmes

Compte tenu de la création des réseaux locaux de services, le Comité santé des femmes de la Côte-Nord a revu son mandat et sa composition.

En lien avec la nouvelle politique en matière de condition féminine, il proposera un plan d'action régional, un plan de mise en œuvre à l'intention des réseaux locaux de services et des indicateurs de suivi.

En plus des représentantes des CSSS, du Regroupement des femmes de la Côte-Nord, de la représentante en région du Conseil du statut de la femme, s'ajouteront des représentantes des femmes autochtones, du milieu de l'éducation et du travail.

6.3 Condition de vie des hommes

Dans le cadre des travaux de la Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines, les membres ont travaillé à l'organisation de la formation «Intervenir auprès des hommes en détresse» qui vise à développer des habiletés pour comprendre et intervenir efficacement auprès des hommes. Cette action s'inscrit dans l'un des objectifs de la Table qui réside dans l'adaptation de l'offre des services des réseaux étatiques et communautaires au regard des besoins masculins.

De plus, les membres s'intéressent particulièrement à l'amélioration de la santé et du bien-être des hommes ainsi qu'à la sensibilisation de la population à l'égard des réalités masculines. À cet effet, les travaux visant l'organisation d'un deuxième colloque ont débuté dans le but de favoriser le développement de nouveaux partenariats.

Au cours de la dernière année, un plan de communication a été mis en place permettant ainsi d'augmenter la visibilité de la Table, de ses objectifs et de ses travaux.

7. ACCÈS AUX SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

Le Programme régional d'accès aux services en langue anglaise est une mesure qui vise à faciliter l'accessibilité aux services en anglais pour la population d'expression anglaise de la Côte-Nord. Approuvé par le gouvernement en 1989, le programme a été révisé à deux reprises après cette date afin de tenir compte des changements organisationnels du réseau. Le programme en vigueur concerne quatre établissements de la région.

Le programme sera révisé de nouveau, conformément à des dispositions législatives, dans les prochains mois. À cet effet, le MSSS a lancé un nouveau cadre de référence en mars 2006 en vue de baliser les travaux de révision qui seront entrepris dans chaque région.

Un montant de 50 000 $ a été alloué à la Côte-Nord en 2005-2006 dans le cadre du Programme de formation linguistique de l'Université McGill. Financé par Santé Canada et appuyé par le MSSS, ce programme soutient des projets de formation à l'intention des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux du Québec qui désirent améliorer ou perfectionner leurs habiletés de communication auprès des clientèles d'expression anglaise.

Le Programme de formation linguistique a financé une séance intensive de cours d'anglais langue seconde de 12 jours au printemps 2006. Huit membres du personnel de deux établissements de la région y ont participé.

Par ailleurs, à l'instar des années précédentes, divers communiqués et outils de promotion et prévention destinés à la population anglophone de la région ont été traduits au cours de l'année.

CHAPITRE III

Les informations financières

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

1. ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Équilibre budgétaire**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Résultats d'exploitation prévus à la période 13 :			
CSSS de la Haute-Côte-Nord	84 110 $	-	-
CSSS de Manicouagan	-	-	39 622 $
CSSS de Port-Cartier	25 951 $	-	-
CSSS de Sept-Îles	361 560 $	-	86 169 $
CSSS de la Minganie	(24 570) $	(39 000) $	(38 006) $
CSSS de la Basse-Côte-Nord	(881 901) $	(552 998) $	(552 998) $
CSSS de l'Hématite	141 416 $	-	-
CLSC Naskapi	(100 756) $	(20 000) $	(135 000) $
Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord	(397 746) $	(240 000) $	(237 897) $
Total régional	(791 936) $	(851 998) $	(838 110) $

Commentaires

À la lumière des résultats préliminaires de la période 13, on prévoit que tous les établissements, à l'exception d'un seul, atteindront l'équilibre budgétaire ou respecteront la cible déficitaire autorisée pour l'exercice financier 2005-2006.

Seul le CLSC Naskapi prévoit un déficit supérieur à sa cible déficitaire, soit 135 000 $ par rapport à sa cible de 20 000 $. Des démarches sont en cours auprès des autorités ministérielles pour reconnaître des particularités propres à ce territoire isolé et aux ententes spécifiques avec les communautés autochtones afin d'obtenir un financement particulier.

1.1 Budget des établissements

L'équilibre budgétaire des établissements demeure un objectif prioritaire pour l'Agence. Un suivi serré est effectué tout au cours de l'exercice, en collaboration avec les établissements, pour réaliser cet objectif commun. Compte tenu des engagements du MSSS pour réduire les déficits autorisés, la cible budgétaire déficitaire pour la région de la Côte-Nord est passée de 1 397 559 $ à 851 998 $ pour l'exercice financier 2005-2006.

Quatre établissements seulement sont visés par une cible déficitaire spécifique en fonction de situations particulières reconnues antérieurement. Il s'agit du CSSS de la Minganie, du CSSS de la Basse-Côte-Nord, du CLSC Naskapi et du Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord. Les autres établissements ont l'obligation d'atteindre l'équilibre budgétaire.

Pour l'exercice 2005-2006, trois établissements n'ont pas respecté l'objectif qui leur était fixé. Le CSSS de la Haute-Côte-Nord a réalisé un déficit de 32 557 $ et le CSSS de l'Hématite, un déficit de 12 629 $, soit environ 0,2 % de leur budget net. Compte tenu que, pour ces deux établissements, une disponibilité au solde du fonds leur permettra de compenser le déficit de l'exercice, ces établissements ne sont pas considérés en dérogation de l'objectif d'équilibre budgétaire. Par contre, le CLSC Naskapi a réalisé un déficit de 210 786 $ par rapport à la cible autorisée de 20 000 $. Des discussions sont en cours avec le MSSS et l'établissement pour analyser les causes du dépassement et le soutien financier qui pourrait lui être accordé en fonction de règles particulières s'appliquant à la communauté naskapie, quant au transport des bénéficiaires et aux services non assurés.

Tous les autres établissements ont atteint ou amélioré leur objectif financier. Le déficit total de l'ensemble des établissements, incluant les surplus, est de 557 088 $ pour l'exercice financier 2005-2006.

Le tableau qui suit témoigne des résultats finaux obtenus pour chacun des établissements.

	2004-2005			2005-2006		
	Budget net ($)	**Cible déficitaire autorisée ($)**	**Résultat ($)**	**Budget net ($)**	**Cible déficitaire autorisée ($)**	**Résultat ($)**
CSSS de la Haute-Côte-Nord	13 160 450	-	84 110	13 600 508	-	(32 557)
CSSS de Manicouagan	48 848 970	-	-	50 876 014	-	33 365
CSSS de Port-Cartier	10 984 898	-	25 951	9 052 221	-	44 567
CSSS de Sept-Îles	43 855 832	-	361 560	48 283 988	-	420 000
CSSS de la Minganie	14 889 631	(64 667)	(24 570)	15 299 756	(39 000)	(6 739)
CSSS de la Basse-Côte-Nord	19 082 892	(872 559)	(881 901)	19 979 596	(552 998)	(552 730)
CSSS de l'Hématite	6 142 277	-	141 416	6 275 319	-	(12 629)
CLSC Naskapi	3 182 310	(33 084)	(100 756)	3 303 480	(20 000)	(210 786)
CPRCN	29 014 709	(400 000)	(397 746)	30 054 802	(240 000)	(239 579)
TOTAL	**189 161 969**	**(1 370 310)**	**(791 936)**	**196 725 684**	**(851 998)**	**(557 088)**
Cible non distribuée		**(27 249)**			-	
Cible totale autorisée par le MSSS		**(1 397 559)**			**(851 998)**	

2. GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS

Services convenus à l'entente de gestion

Axe :	**Gestion des bâtiments et des équipements**
Objectifs de résultats	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

INDICATEURS	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	26.8	26.8	N/D
Consommation en gigajoules par mètre carré	1.88	1.88	1.71

Commentaires

En ce qui a trait au taux des dépenses en administration et en soutien aux services, cet indicateur n'a pas fait l'objet d'un suivi en 2005-2006.

Quant à la consommation d'énergie (en gigajoules par mètre carré), précisons qu'un état de situation sur la consommation d'énergie et le potentiel d'économie dans ce secteur a été réalisé en 2005-2006 dans le cadre de l'audit effectué par la Corporation d'hébergement du Québec dans tous les établissements et à l'Agence. Pour la suite des choses, une démarche pour identifier des projets générateurs d'économies sera effectuée et certains projets pourront être réalisés.

3. FONDS RÉGIONAUX

3.1 Immobilisations

Les investissements en immobilisations se répartissent en trois volets :

A) Volet maintien d'actifs : Travaux de sécurité, de réparation et de vétusté ayant pour objet la sécurité des personnes et des biens ainsi que la conservation des immeubles. Ces travaux ponctuels sont financés par l'enveloppe régionale récurrente de maintien d'actifs immobiliers. Le maintien d'actifs porte plus particulièrement sur l'architecture extérieure et intérieure du bâtiment, les systèmes électriques et mécaniques ainsi que la conformité aux codes.

Pour les projets de maintien d'actifs, un montant de 2 399 792 $ a été réparti comme suit pour l'exercice financier 2005-2006 :

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	158 369
CSSS de Manicouagan	594 207
CSSS de Port-Cartier	31 716
CSSS de Sept-Îles	393 941
CSSS de la Minganie	325 330
CSSS de l'Hématite	85 091
CSSS de la Basse-Côte-Nord	367 398
CLSC Naskapi	50 000
CPRCN	84 810
Agence	55 000
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour situations d'urgence, imprévus et réalisation d'études techniques)	253 930
TOTAL	**2 399 792**

B) Volet rénovation fonctionnelle : Travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement visant à améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services ainsi que la création de milieux de vie et de soins.

Pour les projets de rénovation fonctionnelle, un montant de 1 946 043 $ a été réparti comme suit pour l'exercice financier 2005-2006 :

Établissement	Projet	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	Réseau oxygène à l'urgence - Pavillon Forestville	60 000
	Réaménagement des laboratoires - Pavillon Escoumins	60 000
CSSS de Manicouagan	Installation d'un appareil de résonance magnétique - Séquence 3 (final)	420 000
CSSS de Port-Cartier	Travaux d'asphaltage au CSSS	30 000
CSSS de Sept-Îles	Réservé à l'établissement pour les projets de réaménagement de la pharmacie et des laboratoires ainsi que pour l'installation d'un appareil de tomographie axiale	375 000
CSSS de la Minganie	Aménagement d'une chambre à pression négative	96 000
	Réservé à l'établissement pour le réaménagement du bloc opératoire et de la stérilisation centrale	180 000
CSSS de l'Hématite	Aménagement d'une chambre à pression négative	119 000
CSSS de la Basse-Côte-Nord	Réaménagement des cliniques externes et de l'urgence	107 000
	Aménagement d'une chambre à pression négative	193 000
CLSC Naskapi	Réaménagement du poste des infirmiers et infirmières	20 000
CPRCN	Ajout de huit bureaux (Centre jeunesse)	80 000
Agence	Travaux de rénovation et de réaménagement de bureaux - Édifice Aubert	50 000
Établissements de la Côte-Nord et Agence	Frais de gestion	37 500
	Fonds des études techniques	118 543
TOTAL		**1 946 043**

C) Volet rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD : Travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement visant à améliorer la qualité,

l'efficience et la capacité des services ainsi que la création de milieux de vie et de soins en CHSLD.

En ce qui a trait au volet rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD, aucun montant n'a été autorisé par le MSSS en 2005-2006. Les montants ont été reportés en 2006-2007.

3.2 Équipements

Enveloppe de maintien d'actifs 2005-2006

Pour les équipements, on définit le maintien d'actifs comme étant un investissement ponctuel pour permettre, à l'établissement, de continuer à offrir le même niveau de services à la population. Concrètement, cette enveloppe permet aux établissements de procéder au remplacement du mobilier, équipements généraux et équipements médicaux désuets et non fonctionnels. L'acquisition d'équipements de technologie nouvelle est admissible lorsqu'il s'agit de services déjà dispensés par l'établissement sans impact sur le budget de fonctionnement.

L'enveloppe régionale de maintien d'actifs, volet équipements, autorisée par le MSSS en 2005-2006, représente un montant de 1 180 771 $. Ce montant a été réparti, conformément aux orientations régionales, à 85 % aux établissements et à 15 % au financement du Technocentre régional.

Des crédits totalisant 1 003 655 $ ont été distribués aux établissements de santé et de services sociaux nord-côtiers, sous forme de subvention forfaitaire. Le solde de 177 116 $ permet d'assurer une partie du financement du Technocentre régional et plus particulièrement cette année pour le Plan directeur régional en orientations technologiques.

Rappelons que, depuis 1997-1998, l'Agence a convenu de décentraliser cette enveloppe budgétaire dans les établissements, allégeant ainsi le processus administratif relié à la réalisation des projets. De fait, 85 % de l'enveloppe budgétaire est répartie sous forme d'une subvention forfaitaire à chaque établissement nord-côtier.

Le tableau qui suit rend compte de la répartition entre les établissements :

Établissement	Subvention forfaitaire ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	65 657
CSSS de Manicouagan	291 857
CSSS de Port-Cartier	26 753
CSSS de Sept-Îles	290 436
CSSS de la Minganie	103 400
CSSS de l'Hématite	48 188
CSSS de la Basse-Côte-Nord	106 750
CLSC Naskapi	12 222
CPRCN	58 392
TOTAL	**1 003 655**

3.3 Location d'espaces

Ce programme vise à permettre aux établissements de disposer d'espaces en location pour dispenser des services adéquats à la population. Il permet aussi de financer des travaux d'aménagement ou d'amélioration locative liés à un contrat de location. Une portion de l'enveloppe budgétaire sert aussi au financement du logement du personnel dans les villages isolés.

L'obligation de loger le personnel découle de l'application des conventions collectives, l'ensemble des opérations liées au logement du personnel ont été décentralisées vers les établissements.

Pour rencontrer les obligations reliées à la location d'espaces, un budget de 2 922 192 $ est nécessaire et il se répartit comme suit :

Établissement	Point de service et autres ($)	Logement de personnel ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	99 394	
CSSS de Manicouagan	17 290	
CSSS de Port-Cartier	50 316	
CSSS de Sept-Îles	2 628	
CSSS de la Minganie	67 564	142 368
CSSS de l'Hématite	26 224	456 980
CSSS de la Basse-Côte-Nord	106 485	815 163
CLSC Naskapi		47 626
CPRCN	911 136	27 221
Imprévus, ajustements	151 797	
TOTAL	**1 432 834**	**1 489 358**
GRAND TOTAL	**2 922 192**	

3.4 Autorisations d'emprunts

Dans le tableau suivant figurent les catégories et le nombre d'autorisations d'emprunts temporaires accordés par le MSSS et l'Agence à l'ensemble des établissements publics de la région au 31 mars 2006, de même que les montants totaux autorisés ainsi que les montants réels des emprunts à cette date.

Catégorie d'emprunt	Nombre d'autorisations d'emprunts temporaires en vigueur	Montant autorisé au 31 mars 2006 ($)	Montant réel emprunté au 31 mars 2006 ($)
Exploitation (autorisé par le MSSS)	3	7 740 000	6 009 460
Immobilisations (autorisé par l'Agence)	8	1 033 529	733 898
TOTAL		**8 773 529**	**6 743 358**

Le montant maximal d'emprunts temporaires que l'Agence peut autoriser pour le fonds d'immobilisations est de 1 314 000 $.

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

La présidente-directrice générale,

Nicole Demers

Nicole Demers

Le directeur des services administratifs,
de la budgétisation et des immobilisations,

Jacques Biron

Jacques Biron

LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord au 31 mars 2006 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 19 mai 2006. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le Vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance, CA
Québec, le 30 août 2006

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

1. RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2006

FONDS D'EXPLOITATION		ACTIVITÉS PRINCIPALES		ACTIVITÉS ACCESSOIRES	
		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)	Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
PRODUITS					
Subventions MSSS :					
♦ Budget signifié	01	4 624 397	4 706 095	122 000	72 993
♦ (Diminution) ou augmentation du financement	02	362 591	295 504	144 057	
TOTAL (L.01 + L.02)	03	4 986 988	5 001 599	266 057	72 993
Revenus d'intérêts	04	24 043	18 268		
Revenus commerciaux	05				
Revenus d'autres sources :					
♦ Contributions de l'avoir-propre	06	56 544			
♦ Contributions de fonds affectés	07	129 341	39 392		
♦ Contributions du fonds des activités régionalisées	08	9 398			
♦ Autres	09	388 647	385 851	138 361	223 801
TOTAL (L.03 à L.09)	10	5 594 961	5 445 110	404 418	296 794
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS					
Charges d'exploitation :					
♦ Salaires - personnel cadre	11	878 219	745 084	160 612	60 899
♦ Salaires - personnel autre	12	1 834 135	1 908 291	112 186	131 159
♦ Avantages sociaux généraux - personnel cadre	13	135 620	221 422	14 054	5 354
♦ Avantages sociaux généraux - personnel autre	14	359 198	415 468	19 609	22 733
♦ Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	15	24 246			
♦ Avantages sociaux particuliers - personnel autre	16	194 697	115 371	12 777	1 723
♦ Charges sociales - personnel cadre	17	93 862	93 491	13 531	7 387
♦ Charges sociales - personnel autre	18	245 634	249 136	15 548	16 739
	19				
♦ Frais de déplacement et d'inscription	20	355 609	278 548	7 805	15 099
♦ Services achetés	21	355 892	362 854	35 552	21 545
♦ Communications	22	136 375	149 910	6 590	7 178
♦ Loyer	23	495 236	426 048		
♦ Location d'équipement	24	35 606	29 206		

FONDS D'EXPLOITATION		ACTIVITÉS PRINCIPALES		ACTIVITÉS ACCESSOIRES	
		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)	Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS (suite)					
♦ Fournitures de bureau	25	71 424	67 924	5 946	115
♦ Autres frais	26	67 205	72 404		6 863
♦ Charges non réparties	27	167 059	115 314		
♦ Transferts de frais généraux	28				
♦ Charges extraordinaires	29			2 511	2 720
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION (L.11 à L.29)	30	5 450 017	5 250 471	406 721	299 514
Dépenses d'immobilisations	31	82 669	85 832		
TOTAL (L.30 + L.31)	32	5 532 686	5 336 303	406 721	299 514
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.32)	33	62 275	108 807	(2 303)	(2 720)

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2006

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	1 049 219	1 010 149
Contributions des établissements	02		
Revenus d'intérêts	03	26 135	25 381
Contributions du fonds d'exploitation	04	15 000	7 500
Contributions de fonds affectés	05	128 530	998 680
Revenus d'autres sources	06	471 803	272 106
TOTAL (L.01 à L.06)	07	1 690 687	2 313 816
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
Charges d'exploitation :			
♦Salaires - personnel cadre	08	35 275	35 263
♦Salaires - personnel autre	09	396 425	340 861
♦Avantages sociaux généraux - personnel cadre	10		
♦Avantages sociaux généraux - personnel autre	11	68 026	67 898
♦Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	12		
♦Avantages sociaux particuliers - personnel autre	13	467	1 167
♦Charges sociales - personnel cadre	14	2 686	2 676
♦Charges sociales - personnel autre	15	50 076	44 629
♦Frais de déplacement et d'inscription	16	97 240	76 806
♦Services achetés	17	622 994	511 423
♦Communications	18	13 632	9 411
♦Loyer	19		
♦Location d'équipement	20	4 076	7 910
♦Fournitures de bureau	21	31 172	30 936
♦Autres frais	22	106 945	165 687
♦Transferts de frais généraux	23		
♦Contributions au fonds d'exploitation	24	10 102	
♦Contributions à des fonds affectés	25		
♦Autres	26	138 059	
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION (L.08 à L.26)	27	1 577 175	1 294 667
Dépenses d'immobilisations	28	200 390	333 929
TOTAL (L.27 + L.28)	29	1 777 565	1 628 596
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.07 - L.29)	30	(86 878)	685 220

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2006

FONDS COMBINÉS		FONDS D'EXPLOITATION		Fonds d'immobilisations ($)	Fonds des activités régionalisées ($)
		Activités principales ($)	Avoir propre ($)		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	117 819	47 825	3 226 910	998 890
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02	62 275			
Régularisations - analyse financière	03	1 577			
	04				
Régularisations - autres	05	31 820		1 229 912	
	06				
Libération de surplus	07		119 396		
Acquisition d'immobilisations à même les produits des fonds :					
♦ Fonds d'exploitation - activités principales	08			82 669	
♦ Fonds d'exploitation - activités accessoires complémentaires	09				
♦ Fonds d'exploitation - activités accessoires commerciales	10				
♦ Fonds affectés	11			47 337	
♦ Fonds des activités régionalisées	12			200 390	
Autres	13				
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	95 672	119 396	1 560 308	
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16		2 303		86 878
Régularisations - analyse financière	17				
	18				
Régularisations - autres	19	2 584	100 000	1 093 071	
	20				
Libération de surplus	21	119 396			
Autres	22				
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	121 980	102 303	1 093 071	86 878
Variation de l'exercice (L.15 - L.24)	25	(26 308)	17 093	467 237	(86 878)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	91 511	64 918	3 694 147	912 012

BILAN

Au 31 mars 2006

FONDS COMBINÉS		FONDS D'EXPLOITATION		FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	
		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)	Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
ACTIF À COURT TERME					
Encaisse	01	648 208	476 726	1 013 929	966 484
Débiteurs :					
♦ MSSS	02	65 784	127 510	121 510	140 922
♦ Établissements	03	24 368		16 794	8 639
♦ Fonds d'exploitation	04				
♦ Fonds des activités régionalisées	05				
♦ Fonds affectés	06		7 758	196 864	123 202
♦ Autres	07	110 727	109 699	54 280	8 525
Intérêts courus	08				
Taxes à recevoir	09	36 946	27 429	18 124	18 073
Charges payées d'avance	10	30 841	25 209	8 239	253
Autres éléments	11				
TOTAL - ACTIF À COURT TERME (L. 01 à L.11)	12	916 874	774 331	1 429 740	1 266 098
Autres éléments d'actif	13				
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 + L.13)	14	916 874	774 331	1 429 740	1 266 098
PASSIF À COURT TERME					
Découvert de banque	15				7 554
Emprunts de banque	16				
Créditeurs :					
♦ MSSS	17	22 200			
♦ Établissements	18	59 027		44 755	865
♦ Fonds d'exploitation	19				
♦ Fonds des activités régionalisées	20				
♦ Fonds affectés	21				
♦ Autres	22	494 693	335 833	113 532	28 365
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	23	61 761	17 621		
Autres revenus reportés	24	122 764	255 233	359 441	230 424
Autres éléments	25				
TOTAL - PASSIF À COURT TERME (L.15 à L.25)	26	760 445	608 687	517 728	267 208
À long terme	27				
TOTAL DU PASSIF (L.26 + L.27)	28	760 445	608 687	517 728	267 208
Solde de fonds	29	156 429	165 644	912 012	998 890
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	916 874	774 331	1 429 740	1 266 098

BILAN

Au 31 mars 2006

FONDS D'IMMOBILISATIONS		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
ACTIF			
	01		
	02		
Immobilisations	03	4 519 627	4 456 822
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 À L.03)	04	4 519 627	4 456 822
PASSIF À COURT TERME			
Emprunts de banque	05		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	06		
Autres éléments	07	825 480	1 229 912
	08		
À long terme	09		
TOTAL DU PASSIF (L.05 À L.09)	10	825 480	1 229 912
Solde de fonds	11	3 694 147	3 226 910
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.10 + L.11)	12	4 519 627	4 456 822

BILAN

Au 31 mars 2006

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
ACTIF À COURT TERME			
Encaisse	01	1 555 638	3 127 857
Débiteurs :			
♦MSSS	02	9 807 342	7 697 265
♦MSSS (subvention pour intérêts sur emprunts)	03	53 820	92 246
♦Établissements	04	4 730 099	5 248 531
♦Fonds d'exploitation	05		
♦Fonds des activités régionalisées	06		
♦Taxes à recevoir	07		755
♦Autres	08	156 947	78 688
Intérêts courus	09		
Autres éléments	10		
TOTAL - ACTIF À COURT TERME (L.01 À L.10)	11	16 303 846	16 245 342
À long terme - enveloppes décentralisées	12	31 241 918	32 944 306
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 + L.11)	13	47 545 764	49 189 648
PASSIF À COURT TERME			
Découvert de banque	14		
Emprunts de banque	15	4 729 978	5 248 411
Intérêts sur emprunts à payer	16	53 820	92 246
Créditeurs et charges à payer :			
♦Établissements	17	9 401 441	6 336 267
♦Organismes	18	141	27
♦Fonds d'exploitation	19	13 159	7 758
♦Fonds des activités régionalisées	20	196 864	123 202
♦Autres	21	254 413	841 614
Subventions reportées	22	13 849	136 916
Autres éléments	23		
TOTAL - PASSIF À COURT TERME (L.14 À L.23)	24	14 663 665	12 786 441
Dette à long terme - enveloppes décentralisées	25	31 241 918	32 944 306
TOTAL DU PASSIF (L.24 + L.25)	26	45 905 583	45 730 747
Solde de fonds	27	1 640 181	3 458 901
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26 + L.27)	28	47 545 764	49 189 648

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2006

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
Solde du début	01	3 458 901	2 776 672
Récupération par le MSSS	02		
Solde du début après récupération (L.01 - L.02)	03	3 458 901	2 776 672
AUGMENTATION			
MSSS	04	18 254 605	16 799 265
Subvention pour intérêts sur emprunts	05	1 985 496	2 269 694
Revenus d'intérêts	06	58 587	78 354
Contributions du fonds d'exploitation	07		
Contributions du fonds des activités régionalisées	08		
Autres	09	1 727 013	3 359 589
TOTAL (L.04 À L.09)	10	22 025 701	22 506 902
DIMINUTION			
Attributions :			
♦Établissements	11	10 441 361	7 284 405
♦Organismes	12	43 513	164 154
Intérêts sur emprunts	13	1 985 496	2 269 694
Contributions au fonds d'exploitation	14	142 500	39 392
Contributions au fonds des activités régionalisées	15	272 814	892 235
Charges d'exploitation :			
♦Salaires	16	12 993	71 555
♦Avantages sociaux	17	1 334	12 227
♦Charges sociales	18	1 687	8 965
♦Frais de déplacement et d'inscription	19	32 272	45 026
♦Services achetés	20	31 657	171 406
♦Location d'équipement	21	1 135	1 282
♦Fournitures de bureau	22	25 751	38 708
♦Autres charges d'exploitation	23	26 135	574 255
Dépenses d'immobilisations	24	47 337	466 145
Autres	25	10 778 436	9 785 224
TOTAL (L.11 À L.25)	26	23 844 421	21 824 673
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L. 10 – L.26)	27	1 640 181	3 458 901

ÉTAT DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

Exercice terminé le 31 mars 2006

ENVELOPPE RÉGIONALE		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R (excluant celui de la ligne 02)	01	209 464 844	199 491 802
Montant engagé par le MSSS en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	02	8 012 382	6 772 626
Montant de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R (L.01 + L.02)	03	217 477 226	206 264 428
Autres	04		
TOTAL (L. 03 + L.04)	05	217 477 226	206 264 428
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
Allocations aux établissements	06	198 701 232	189 194 501
Allocations aux organismes communautaires	07	7 663 848	6 641 000
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	08	1 408 759	1 736 910
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 06 à L. 08)	09	207 773 839	197 572 411
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : montant attribué	10	7 998 533	6 714 796
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : montant reporté	11	13 849	57 830
Autres	12	1 691 005	1 919 391
Total des affectations (L.09 à L.12)	13	217 477 226	206 264 428
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : solde non attribué	14		
TOTAL (L.13 + L.14)	15	217 477 226	206 264 428
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.05 - L.15)	16		

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2006

FONDS AFFECTÉS DES IMMOBILISATIONS		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
Solde à attribuer au début de l'exercice	01	579 032	49 189
Récupération par le MSSS	02		
Solde du début après récupération (L.01 - L.02)	03	579 032	49 189
PROVENANCE			
MSSS	04	4 383 029	4 197 271
Subvention pour intérêts sur emprunts	05	26 939	33 629
Revenus d'intérêts	06		
Contributions du fonds d'exploitation	07		
Contributions du fonds des activités régionalisées	08		
Contributions d'autres fonds affectés	09		
Autres	10	88 639	11 109
TOTAL (L.04 À L.10)	11	4 498 607	4 242 009
ATTRIBUTIONS			
Établissements	12	4 721 006	3 641 037
Organismes	13		
Intérêts sur emprunts	14	26 939	33 629
Contributions au fonds d'exploitation	15	142 500	37 500
Contributions au fonds des activités régionalisées	16		
Contributions à d'autres fonds affectés	17		
Charges d'exploitation :			
• Salaires	18		
• Avantages sociaux	19		
• Charges sociales	20		
• Frais de déplacement et d'inscription	21		
• Services achetés	22		
• Location d'équipement	23		
• Fournitures de bureau	24		
• Autres charges d'exploitation	25		
Dépenses d'immobilisations	26		
Autres	27	150 000	
TOTAL (L.12 À L.27)	28	5 040 445	3 712 166
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L.11 - L.28)	29	37 194	579 032

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2006

FONDS AFFECTÉS DES ÉQUIPEMENTS		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
Solde à attribuer au début de l'exercice	01	38	171 881
Récupération par le MSSS	02		
Solde du début après récupération (L.01 - L.02)	03	38	171 881
PROVENANCE			
MSSS	04	5 417 892	3 210 951
Subvention pour intérêts sur emprunts	05	1 958 557	2 236 065
Revenus d'intérêts	06		
Contributions du fonds d'exploitation	07		
Contributions du fonds des activités régionalisées	08		
Contributions d'autres fonds affectés	09		
Autres	10		38
TOTAL (L.04 À L.10)	11	7 376 449	5 447 054
ATTRIBUTIONS			
Établissements	12	5 203 276	2 919 108
Intérêts sur emprunts	13	1 958 557	2 236 065
Contributions au fonds d'exploitation	14		
Contributions au fonds des activités régionalisées	15	214 615	185 380
Contributions à d'autres fonds affectés	16		28 344
Charges d'exploitation :			
♦Salaires	17		
♦Avantages sociaux	18		
♦Charges sociales	19		
♦Frais de déplacement et d'inscription	20		
♦Services achetés	21		
♦Location d'équipement	22		
♦Fournitures de bureau	23		
♦Autres charges d'exploitation	24		
Dépenses d'immobilisations	25		250 000
Autres	26		
TOTAL (L.12 À L.26)	27	7 376 448	5 618 897
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L.11 - L.27)	28	39	38

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2006

FONDS AFFECTÉS DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET TRANSPORT D'USAGERS ENTRE ÉTABLISSEMENTS		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
Solde à attribuer au début de l'exercice	01	533 697	(555 544)
PROVENANCE			
MSSS et SAAQ	02	7 419 099	8 328 066
Revenus autonomes	03	1 486 099	1 530 862
Revenus d'intérêts	04	10 903	12 861
Autres	05	2 436	29 209
TOTAL (L.02 À L.05)	06	8 918 537	9 900 998
ATTRIBUTIONS			
Contrats minimaux de services d'ambulance	07	8 139 617	7 858 779
Particularités régionales	08	131 884	89 382
Éléments rectifiables	09	69 665	274 696
Centre de communication santé	10	28 745	28 190
Formation	11	75 170	141 074
Assurance-qualité	12	151 494	
Allocation de retraite	13		21 000
Participation au régime de retraite	14	25 000	25 000
Transfert au fonds de VPI	15	38 014	
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	16		
Attribution à des organismes	17		
Ajustements des années antérieures	18	94 093	82 114
Premiers répondants	19	181 547	99 917
Déplacement des usagers	20		
Charges d'exploitation :			
• Salaires	21	7 648	4 070
• Avantages sociaux	22	730	403
• Charges sociales	23	985	526
• Frais de déplacement et d'inscription	24		
• Services achetés	25		
• Location d'équipement	26		
• Fournitures de bureau	27		
• Autres charges d'exploitation	28		
Dépenses d'immobilisations	29	47 337	186 106
Autres	30		
TOTAL (L.07 À L.30)	31	8 991 929	8 811 757
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.07 - L.31)	32	460 305	533 697

2. NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2006

NOTE 1 - Constitution, objets et changement de nom

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux* et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle succède à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Côte-Nord. Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur.

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés.

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice.

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements.

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés.

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées.

vii) Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds.

viii) Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds.

ix) Les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003 sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu.

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés, n'est pas présentée.

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé.

xii) La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

xiii) Les organismes sous contrôle de l'Agence ne sont pas consolidés.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent.

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante.

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs.

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 3.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent.

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année.

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'information suffisante pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 3 - Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2006 ($)	2005 ($)
Fonds d'exploitation :		
♦ Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	61 543	85 832
♦ Produit de disposition d'immobilisations	40	220
Fonds des activités régionalisées :		
♦ Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	195 686	-
♦ Produit de disposition d'immobilisations	-	-
Fonds affectés :		
♦ Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	47 377	-
♦ Produit de disposition d'immobilisations	-	-

NOTE 4 - Emprunts bancaires

Au 31 mars 2006, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 14 721 380 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux variant entre le taux préférentiel et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, soit entre 3,86 % et 5,50 % au 31 mars 2006, garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 9 937 583 $ du crédit autorisé n'a pas été utilisé au 31 mars 2006. La convention de crédit est renégociable le 30 novembre 2006.

NOTE 5 - Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés «immobilisations» et «équipements» est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

	2006 ($)	2005 ($)
• Marge de crédit d'un montant autorisé de 30 000 000 $, portant intérêt au taux des acceptations bancaires échéant à 30 jours majoré de 0,30 % et venant à échéance le 31 mars 2023.	16 666 039	15 101 831
• Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéances variant entre le 1er juin 2006 et le 31 mars 2023. L'intérêt, variant entre 4,207 % et 9,82 %, est payable semestriellement.	14 575 879	17 804 416
	31 241 918	**32 906 247**
Tranche échéant à moins d'un an.	8 805 202	4 015 855
	22 436 716	**28 890 392**

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

Année	Montant ($)
2007	8 805 202
2008	3 963 032
2009	3 111 345
2010	6 552 396
2011	2 032 941
TOTAL	**24 464 916**

NOTE 6 - Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

NOTE 7 - Provision pour vacances, congés de maladie, heures supplémentaires

Les sommes à payer au 31 mars 2006 au regard des banques de vacances, congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2006 ($)	2005 ($)
Vacances	479 747	412 946
Congés de maladie	19 152	20 430
Heures supplémentaires	15 581	15 745
TOTAL	**514 480**	**449 121**

NOTE 8 - Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 9 - Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 31 mars 2015 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2006 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 243 421 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

Année	Montant ($)
2007	227 779
2008	222 565
2009	221 201
2010	216 046
2011	212 859
2012 et subséquemment	851 436
TOTAL	**1 951 886**

NOTE 10 - Organisme non consolidé sous contrôle de l'Agence

L'Agence contrôle l'organisme Corélo inc. (l'organisme). L'organisme a pour mission de construire, acquérir, posséder, améliorer, administrer et aliéner des immeubles et biens meubles servant aux personnes oeuvrant et bénéficiant de services dans les établissements du réseau de la santé et de services sociaux de la Côte-Nord. L'organisme est constitué en vertu de la partie III de la *Loi sur les compagnies du Québec* et est un organisme sans but lucratif au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

L'Agence, conformément aux statuts de l'organisme, nomme tous les membres du conseil d'administration, ratifie tous les règlements de l'organisme, autorise l'aliénation des biens ainsi que toute construction, achat ou vente d'immeubles et elle est le bénéficiaire du reliquat en cas de dissolution de l'organisme, sauf si un organisme exerçant une activité analogue est créé.

L'organisme n'a pas été consolidé dans le rapport financier annuel de l'Agence. Les états financiers vérifiés de l'organisme sont disponibles sur demande. Les états financiers condensés de cette entité non consolidée au 31 mars 2006 et 2005 et pour les exercices terminés à cette date sont les suivants :

Situation financière	2006 ($)	2005 ($)
Actif à court terme	773 952	915 414
Actif à long terme	9 406 205	9 643 620
	10 180 157	**10 559 034**
Passif à court terme	479 973	443 225
Passif à long terme	6 231 901	6 608 869
	6 711 874	**7 052 094**
Actifs nets	3 468 283	3 506 940
	10 180 157	**10 559 034**

Résultats des activités	2006 ($)	2005 ($)
Produits provenant des établissements	1 971 685	1 920 407
Autres produits	401 588	275 840
	2 373 273	**2 196 247**
Total des charges d'opération	2 245 140	2 156 138
Excédent des produits sur les charges	**128 133**	**40 109**

Évolution des actifs nets	2006 ($)	2005 ($)
Solde au début	3 473 614	3 607 675
Redressement	33 326	(12 950)
Solde redressé	**3 506 940**	**3 594 725**
Excédent de l'exercice (insuffisance)	128 133	40 109
Investissement en immobilisations corporelles		
Virement de la réserve affectée pour réparations majeures	(171 840)	(132 657)
Autres	5 050	4 763
	3 468 283	**3 506 940**

Une portion de l'actif net de l'organisme est affectée. Cette affectation de fonds, d'origine interne, est faite en vue d'effectuer des travaux de rénovation et d'entretien majeur aux immobilisations détenues par l'organisme. Le solde de cette affectation est de 265 814 $ (2005 - 368 540 $).

L'organisme a adopté comme conventions comptables les principes comptables généralement reconnus du Canada pour les organismes sans but lucratif. Celles-ci comportent les divergences suivantes avec celles utilisées par l'Agence :

Constatation des produits

L'organisme applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Les apports affectés sont constatés à titre de produits de l'exercice au cours duquel les charges connexes sont engagées. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que sa réception est raisonnablement assurée. Les apports reçus à titre de dotations sont constatés à titre d'augmentations directes des actifs nets.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles acquises sont comptabilisées au coût. Les apports reçus sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à la juste valeur à la date de l'apport. Les immobilisations corporelles sont amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire sur les durées de vie utiles estimatives suivantes :

• Bâtiments	10 ans, 25 ans ou 40 ans
• Mobilier et agencement	10 ans
• Matériel et équipements informatiques	5 ans
• Améliorations locatives	15 ans

Réserve pour réparations majeures

Les produits d'intérêts gagnés grâce à la réserve pour réparations majeures sont constatés comme des augmentations directes des actifs nets. Les contributions de la réserve aux charges de l'exercice sont constatées à titre de produit.

Redressement

Au cours de l'exercice, l'organisme a effectué un choix en vertu de la *Loi sur les taxes sur les produits et services* affectant des exercices antérieurs et l'exercice courant. Les états financiers de l'exercice 2005 ont été redressés. Ainsi, les revenus de location d'espaces financés par les établissements ont été augmentés de 25 644 $, la dépense d'énergie et combustible a été diminuée de 7 681 $, les débiteurs et les taxes à la consommation à recevoir ont été augmentés de 25 644 $ et de 7 681 $, respectivement. Le solde d'ouverture des actifs nets non affectés a été redressé de 33 326 $.

ANNEXE A

Le code d'éthique et de déontologie

VERSION FINALE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS
DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD
(Règlement n° 1 de 2002)

Codification permanente : **Reg-eth-01**

ADOPTÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD

Le 19 novembre 2002

PRÉAMBULE

Suivant l'article 340 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'Agence a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les orientations et politiques élaborées par le ministre.

Elle a aussi pour objet :

1) d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;

2) d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région en tenant compte des objectifs fixés par le ministre;

3) d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services qui vise des services médicaux doit faire l'objet d'un avis de la Commission médicale régionale et d'un avis du Département régional de médecine générale;

4) d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées;

5) d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées aux fins de subventions et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;

6) de mettre en place des mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;

7) d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;

8) d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

Pour la réalisation de ses mandats, l'Agence obtient un financement provenant des crédits de l'Assemblée nationale. En conséquence, l'administration de l'Agence présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose donc un lien de confiance particulier entre l'Agence et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'Agence pour garantir à la population une gestion intègre et transparente des fonds publics.

Cette préoccupation s'inscrit aussi dans les valeurs éthiques que l'administration gouvernementale véhicule depuis quelques années.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler, dans le présent *Code d'éthique et de déontologie*, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de l'Agence adhèrent.

La *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., chapitre M-30) fixe, à son article 3.01, l'obligation pour les membres d'un conseil d'administration d'une agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement. De plus, l'article 34 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement.

Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2). En effet, l'article 406, constituant en lui-même la genèse des comportements attendus de l'administrateur de l'Agence et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au *Code civil du Québec*, prévoit ce qui suit :

> *« 406. Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée. »*

L'exercice auquel le législateur convie les administrateurs d'une agence peut résulter en une expérience enrichissante pour ceux-ci.

L'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie ne doit pas être perçue comme un manque de confiance du législateur à l'endroit des administrateurs, mais plutôt comme un moyen, d'une part, d'aider les administrateurs à mieux reconnaître les implications de leur charge afin qu'ils puissent éviter de se placer dans des situations où leur intégrité pourrait être questionnée. D'autre part, l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie est un outil que le conseil d'administration utilise afin de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds publics, de favoriser une transparence au sein de l'Agence et une responsabilité collective et individuelle des administrateurs.

Même si l'élaboration du présent Code découle d'obligations légales, on doit, par contre, prendre garde de ne pas tomber dans un « juridisme excessif » tant au niveau de la conception que de l'application du Code et être conscient que le Code ne pourra pas, et ne devrait pas d'ailleurs, couvrir toutes les situations qui peuvent se présenter.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

ATTENDU l'article 406 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) qui prévoit que les administrateurs de l'Agence doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord;

ATTENDU l'article 3.01 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., chapitre M-30) qui fixe l'obligation pour les administrateurs de l'Agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement;

ATTENDU QUE l'article 34 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement;

ATTENDU QUE les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir;

ATTENDU QU'ils doivent également élaborer des orientations en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région;

ATTENDU QUE l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de l'efficience, de la moralité, de la crédibilité, de la loyauté et de la confidentialité.

Les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus de décisions auquel ils seront appelés à participer :

- **Primauté des intérêts de la population à desservir;**
- **Distribution équitable des ressources de la région.**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent *Code d'éthique et de déontologie* applicables à chacun des administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe I.

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code a pour objet de définir les normes d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord déclarent adhérer. Ces normes et leur application ont pour objectif de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de l'Agence, de favoriser la transparence au sein de l'Agence et de responsabiliser les administrateurs individuellement et collectivement.

   Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

   Notamment, il :

   - traite des mesures de préventions, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
   - traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
   - traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
   - prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'Agence est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

   L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

   L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'Agence, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.

3. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord.

   Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

II. DÉFINITIONS

4. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence, le président-directeur général et le directeur de santé publique;

b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Agence;

c) « **Code** » désigne le présent Code;

d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;

e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration de l'Agence;

f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur; cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;

g) « **Agence** » désigne l'Agence de la Côte-Nord.

III. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

L'administrateur agit dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord

À cette fin, l'administrateur :

5. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.

6. Contribue à la réalisation des fonctions de l'Agence et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

7. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.

8. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

9. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

10. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions notamment en s'engageant à faire ses meilleurs efforts pour assister aux séances du conseil d'administration ou autres réunions auxquelles il doit assister de par ses fonctions et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

11. L'administrateur s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'Agence; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

    Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.

Neutralité

12. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisanes. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

13. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

14. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisanes.

15. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

    Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.

16. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.

17. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

18. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

19. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.

20. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur.

Discrétion

21. L'administrateur fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Agence, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher l'administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'Agence respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Relations publiques

22. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.

23. Lorsque requis, l'administrateur donne au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'Agence.

24. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

25. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

26. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'Agence et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne ou association.

L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'Agence dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'Agence et de l'administration de tous les biens qu'elle possède ou dont elle a la garde.

27. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

28. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'Agence et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.

29. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'Agence puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'Agence.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

30. L'administrateur évite et dénonce les conflits d'intérêts ou de devoirs.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

31. Sous peine de déchéance de sa charge, l'administrateur doit dénoncer par écrit au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent, qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, l'organisme ou l'association dans lequel il a cet intérêt réel ou apparent est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., chapitre V-1.1).

L'administrateur et les conflits de rôle

32. Sous peine de sanction pouvant aller de la réprimande à la déchéance de charge, l'administrateur doit dénoncer, par écrit, au conseil d'administration, toute autre charge ou fonction qu'il occupe dans une entreprise, organisme ou association lorsque les intérêts de cette entreprise, organisme ou association sont en conflits réels avec ceux du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, l'administrateur doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question mettant en conflit réel les intérêts du conseil d'administration ou de l'Agence et ceux de l'entreprise, l'organisme ou l'association où il occupe une charge ou fonction.

Le président-directeur général, le directeur de santé publique et les conflits d'intérêts

33. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique, sous peine de déchéance de sa charge ou de son congédiement, ne peut avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence.

DÉCLARATION PAR LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2005-2006 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Ce bilan concerne l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, à l'exception du CLSC Naskapi, en raison du retard dans l'implantation du système I-CLSC dans ce nouvel établissement.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2005-2006.

Nicole Demers
Présidente-directrice générale

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I - Présentation de l'Agence et des activités de soutien au réseau nord-côtier

La région 3
La mission 3
Le conseil d'administration 4
Le code d'éthique et de déontologie 5
Le Forum de la population 6
La Commission médicale régionale 6
La Commission infirmière régionale 8
La Commission multidisciplinaire régionale 8
Le Département régional de médecine générale 9
Le comité de concertation Agence-Établissements 10
La structure de l'Agence 11
Les établissements 13
Les communautés autochtones 14
Les organismes communautaires 15
Les ressources intermédiaires et de type familial 18
Les ressources humaines 19
Le Technocentre 20
Les communications 20

CHAPITRE II - Les services à la population

INTRODUCTION 25
LES SERVICES GÉNÉRAUX 27
1. Services infirmiers généraux 27
2. Services psychosociaux généraux 28
3. Effectifs médicaux 29
4. Services offerts aux femmes en violence conjugale et en agression sexuelle 30
   4.1 Campagne de sensibilisation aux risques d'agression sexuelle liée à une consommation de psychotropes 30
LA SANTÉ PHYSIQUE 31
1. Services d'urgence 31
2. Soins palliatifs 31
   2.1 Politique en soins palliatifs de fin de vie 32
   2.2 Lutte contre le cancer 32
3. Chirurgie 32
4. Accès aux services spécialisés 33
5. Services préhospitaliers d'urgence 34
6. Faits saillants 35
   6.1 Mesures d'urgence 35
   6.2 Risque de pandémie d'influenza 36
   6.3 Télésanté 36
   6.4 Informatisation des laboratoires 37
   6.5 Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval 37
   6.6 Traumatologie 37
LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT 38
1. Services dans la communauté - personnes âgées en perte d'autonomie 38
2. Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée 39
3. Faits saillants 39
   3.1 Visites d'appréciation en CHSLD et suivi des plans d'action 39
   3.2 Plan d'action régional 40
   3.3 Pour un nouveau partenariat au service des aînés 40
   3.4 Résidences privées 40

3.5 Système régional d'admission 41
LA DÉFICIENCE PHYSIQUE 42
1. Soutien à domicile 42
2. Services spécialisés 42
3. Faits saillants 43
3.1 Programme d'allocation directe pour les personnes vivant une situation de handicap et leur famille 43
3.2 Programmes sur les aides techniques aux personnes handicapées 44
3.3 Fermeture de deux entreprises d'économie sociale en aide domestique 44
3.4 Intensification des services spécialisés en déficience physique 44
3.5 Les services d'audiologie dans l'est de la région 45
3.6 Développement de places d'hébergement 45
3.7 Évaluation de la conduite automobile 45
LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT 46
1. Soutien à domicile - déficience intellectuelle 46
2. Soutien à domicile - trouble envahissant du développement 47
3. Services spécialisés - trouble envahissant du développement 48
LES JEUNES EN DIFFICULTÉ 49
1. Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté 49
2. Promotion et prévention - jeunes et familles 50
3. Services de deuxième ligne - jeunes et leur famille en difficulté 50
LES DÉPENDANCES 53
1. Services de première ligne - toxicomanies 53
2. Jeu pathologique 53
LA SANTÉ MENTALE 55
1. Services de première ligne 55
2. Services de crise et d'intégration dans la communauté 56
3. Faits saillants 56
3.1 Estimation de l'offre de service en santé mentale 56
3.2 Colloque sur l'appropriation du pouvoir des personnes utilisatrices de services en santé mentale 57
3.3 Profil nord-côtier des aidants naturels en santé mentale 57
3.4 Équipe de 2e niveau en santé mentale et protocole d'intervention pour les jeunes à risque suicidaire sous la responsabilité du Centre jeunesse 57
LA SANTÉ PUBLIQUE 58
1. Promotion et prévention - jeunes et familles 58
2. Dépistage du cancer du sein 58
3. Promotion de la santé et prévention 59
3.1 Prévention - tabagisme 59
3.2 Campagne promotionnelle 60
3.3 Sécurité alimentaire 61
3.4 Prévention et promotion de la santé en milieu scolaire «École en santé» 61
3.5 Kino-Québec 62
3.6 Santé dentaire 62
3.7 Prévention des traumatismes non intentionnels 63
4. Maladies infectieuses 63
4.1 Protection - infections transmissibles sexuellement et par le sang 63
4.2 Infections nosocomiales 64
4.3 Vaccination contre l'influenza 65
4.4 Maladies à déclaration obligatoire 65
4.5 Éclosions 66
4.6 Programme de vaccination de base 66
4.7 Santé des voyageurs 66
5. Développement social 67
6. Santé environnementale 67
7. Santé au travail 68
8. Surveillance et évaluation 69
L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE 70
1. Prestation sécuritaire des services 70
2. Personnel du réseau et du Ministère 71
3. Prévention des infections nosocomiales 71
4. Mesures de contrôle 72
5. Qualité des services et traitement des plaintes 72

6. Adaptation des services selon le sexe 73
6.1 Analyse différenciée selon les sexes 73
6.2 Condition de vie des femmes 73
6.3 Condition de vie des hommes 73
7. Accès aux services en langue anglaise 74

CHAPITRE III - Les informations financières

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 77
1. Équilibre budgétaire 77
1.1 Budget des établissements 77
2. Gestion des bâtiments et des équipements 79
3. Fonds régionaux 79
3.1 Immobilisations 79
3.2 Équipements 81
3.3 Location d'espaces 82
3.4 Autorisations d'emprunts 82
LE RAPPORT DE LA DIRECTION 84
LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS 85
LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 86
1. Résultats 86
2. Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2006 98

ANNEXES

A - Le code d'éthique et de déontologie
B - Reddition de comptes : Engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2005-2006
C - Répartition des maladies à déclaration obligatoire déclarées en 2005 selon les territoires de CSSS et la région Côte-Nord

FIGURE

1 - Organigramme au 31 mars 2006 12

Liste des acronymes et des abréviations

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
AMP	Activités médicales particulières
APIC	Association pour la protection des intérêts des consommateurs
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CAUREQ	Centre d'appels d'urgence des régions de l'est du Québec
CCNU	Centre de coordination nationale des urgences
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR	Commission médicale régionale
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CPRCN	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CRÉ	Conférence régionale des élus
CRIC	Centre de recherche et d'information en consommation
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSEIQ	Dossier de santé électronique interopérable du Québec
DSP	Directeur des services professionnels
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
Forum	Forum de la population
GMF	Groupe de médecine de famille
HAP	Hydrocarbures aromatiques polycycliques
I-CLSC	Intégration CLSC
ICI	Intervention comportementale intensive
IISP	Infection invasive à streptocoque pneumoniae
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MRC	Municipalité régionale de comté

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
N/A	Ne s'applique pas
N/D	Non disponible
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACS	Système d'archivage numérique et de communication (P = traduction anglaise qui signifie Pictures)
PDG	Présidente-directrice générale
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
PSSP	Programme de subventions en santé publique
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseaux locaux de services
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF	Régime de retraite des fonctionnaires
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RSQ	Recrutement Santé Québec
RUIS-UL	Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIL	Système d'information dans les laboratoires
SOC	Soutien aux organismes communautaires
TA	Techniciens ambulanciers
TED	Trouble envahissant du développement
TRIPPS	Table régionale intersectorielle sur la promotion, la prévention et les services en milieu scolaire
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
UMF	Unité de médecine familiale
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

CHAPITRE I

Présentation de l'Agence et des activités de soutien au réseau nord-côtier

LA RÉGION

La Côte-Nord compte 95 549 habitants selon les plus récentes projections de population diffusées par le MSSS pour l'année 2005. Le territoire desservi par l'Agence s'étend de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par l'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville.

Les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent la moitié des habitants de la région, soit 49,6 %. Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire qui s'étale sur 270 000 km². La Côte-Nord est une des régions du Québec où la présence autochtone est bien présente avec neuf réserves, soit huit communautés montagnaises et une naskapie. Les autochtones comptent pour près de 9,1 % de la population nord-côtière, soit 8 650 personnes.

La population de la Côte-Nord est aussi plus jeune que celle de l'ensemble du Québec. En 2005, les statistiques révèlent que 30,3 % des citoyens de la région ont moins de 25 ans contre 29,3 % dans la province. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont par ailleurs moins nombreuses qu'au Québec. Elles représentent 11,3 % de la population nord-côtière alors que, dans la province, elles comptent pour 13,8 %.

Les résidents de la Côte-Nord sont majoritairement francophones sauf en Basse-Côte-Nord où 60,8 % de la population locale déclare uniquement l'anglais comme langue maternelle, soit environ 3 400 personnes.

LA MISSION

L'Agence s'assure, dans le cadre de ses fonctions et en collaboration avec ses différents partenaires, que toute la population de la Côte-Nord ait accès aux services requis pour le maintien et l'amélioration de sa santé et de son bien-être.

L'Agence travaille pour une population dont la réalité géographique, sociale, culturelle et économique a des particularités propres. Le plus grand défi est de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux à une des plus petites populations du Québec, répartie sur un des plus grands territoires de la province.

Selon les ressources disponibles et en concertation avec ses partenaires, l'Agence assure l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux de qualité qui doit s'adapter continuellement aux caractéristiques propres à la région et coller aux priorités ministérielles.

En fait, la préoccupation première de l'Agence est que le citoyen, peu importe où il réside sur le territoire, puisse avoir accès à des services de santé et des services sociaux.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Voici les membres qui ont siégé au conseil d'administration de l'Agence du 1er avril 2005 au 29 janvier 2006.

- Boulianne, Jacques* — Tadoussac
- Champagne, Louisette — Fermont
- Chevarie, Carole — Port-Cartier
- Cliche, Jean-Marc — Baie-Comeau
- Deraps, Octave — Sept-Îles
- Detroio, Anthony — Port-Cartier
- Gagnon, Jean-Eudes* (v.-prés.) — Baie-Comeau
- Jourdain, Huguette (prés.) — Sept-Îles
- Levasseur, Louise — Baie-Comeau
- Parisée, Jean — Havre-Saint-Pierre
- Picard-Kanapé, Marcelline — Betsiamites
- Vignola, Jacques — Fermont

Commission médicale régionale
- Samson, Arnaud (Dr) — Baie-Comeau

Commission infirmière régionale
- Girard, Francine — Port-Cartier

Commission multidisciplinaire régionale
- Bossé, Gervais — Forestville

Présidente-directrice générale
- Demers, Nicole — Baie-Comeau

* démission en septembre 2005.

Au total, huit rencontres ont été tenues entre les 1er avril 2005 et 29 janvier 2006 dont quatre par conférence téléphonique.

Voici les membres qui ont siégé au conseil d'administration de l'Agence du 30 janvier 2006 au 31 mars 2006.

- Calderisi, David M. — Blanc-Sablon
- Caron, Réginald (prés.) — Baie-Comeau
- Detroio, Anthony — Port-Cartier
- Foster, Céline — Forestville
- Gauthier, Anne — Baie-Comeau
- Giguère, Chantal — Baie-Comeau
- Landry, Jacques — Natashquan
- Lapierre, Nadine (v.-prés.) — Fermont
- Ouellet, Alain — Baie-Comeau
- Pinel, Pierre — Baie-Comeau
- Picard-Kanapé, Marcelline — Betsiamites

Commission médicale régionale
- Samson, Arnaud (Dr) — Baie-Comeau

Commission infirmière régionale
- Girard, Francine — Port-Cartier

Commission multidisciplinaire régionale
- Verret, Stéphane — Baie-Comeau

Présidente-directrice générale
- Demers, Nicole — Baie-Comeau

Au total, deux rencontres ont été tenues entre les 30 janvier 2006 et 31 mars 2006 dont une par conférence téléphonique.

Voici les membres qui ont siégé au comité de vérification au cours de l'année 2005-2006 :

- Deraps, Octave
- Detroio, Anthony
- Levasseur, Louise*
- Vignola, Jacques**
- Biron, Jacques (personne-ressource de l'Agence)

* démission en cours de mandat;
** remplacement de Louise Levasseur.

Durant l'année qui vient de s'écouler, deux réunions ont été tenues.

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

En novembre 2002, le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord adoptait un nouveau code d'éthique et de déontologie (Annexe A) pour les administrateurs. Ce dernier répond aux modifications apportées à la gouverne régionale par le projet de loi 28. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration des fonds publics, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Ce code d'éthique et de déontologie porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. En février 2003, un comité d'éthique et de déontologie a été mis sur pied et compte trois membres du conseil d'administration dont le mandat est d'une durée d'un an, renouvelable à chaque année.

Voici les membres qui ont fait partie de ce comité du 1er avril 2005 au 29 janvier 2006.

- Girard, Francine
- Levasseur, Louise
- Parisée, Jean

Les personnes suivantes ont été nommées pour l'année 2006-2007.

- Ouellet, Alain
- Picard-Kanapé, Marcelline
- Verret, Stéphane

À noter que, au cours de l'année 2005-2006, aucune déclaration de conflits d'intérêts n'a été effectuée.

Le Forum de la population

Le Forum de la population (Forum) est composé de quinze membres issus de la communauté. Le rôle du Forum consiste, notamment, à formuler des recommandations au conseil d'administration de l'Agence sur différents sujets et s'assurer que la population soit consultée au regard de ses besoins et des enjeux de santé et bien-être. Il est présidé par monsieur Dan Mauger. Une rencontre a eu lieu en 2005-2006. Le Forum a été consulté pour le Plan d'action régional 2006-2010 sur le vieillissement de la population nord-côtière.

Voici les membres qui composent cette instance.

MRC de la Haute-Côte-Nord
- Noël, Antoine — Sacré-Coeur

MRC de Sept-Rivières
- Cummings, René — Sept-Îles
- Dionne, Bernard — Port-Cartier
- Richards, Kathleen — Sept-Îles

MRC de Caniapiscau
- Vignola, Jacques — Fermont
- Einish, Sampson — Kawawachikamach

Territoire de la Basse-Côte-Nord
- Mauger, Dan (prés.) — Chevery

Communauté d'expression anglaise
- Joncas, Jarvin — Blanc-Sablon

MRC de Manicouagan
- Brisson, Christine — Baie-Comeau
- Émond, Claudine — Ragueneau
- Sirois, Carole — Baie-Comeau

MRC de la Minganie
- Landry, Jacques — Natashquan

Comité des usagers
- Foster, Céline — Forestville
- Turbis, Bernadette — Havre-Saint-Pierre

Communauté montagnaise
- Vollant, Jean-Marie — Sept-Îles

La Commission médicale régionale

La Commission médicale régionale (CMR) comprend douze membres. Elle a pour rôle de donner des avis au conseil d'administration de l'Agence sur les questions relatives à l'organisation des services médicaux.

Au 31 mars 2006, à titre de représentants des omnipraticiens, nous retrouvons :

- Dr Pierre Côté — Havre-Saint-Pierre
- Dre Marjolaine Gaumond — Les Escoumins
- Dr Raynald Pilon — Fermont
- Dr Arnaud Samson (prés.) — Baie-Comeau
- Poste vacant (démission du Dr Alain Bigué, Sept-Îles)

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

34. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement ou toute agence. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le président-directeur général ou le directeur de santé publique et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.

35. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement ou une agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le président-directeur général ou le directeur de santé publique a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du président-directeur général et du directeur de santé publique

36. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'Agence et des devoirs de sa fonction. Cependant, il peut occuper un autre emploi, charge ou fonction, dans la mesure où le ministre de la Santé et des Services sociaux l'autorise. Lorsqu'une telle autorisation est accordée, le conseil d'administration doit en être informé.

Biens de l'Agence

37. L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'Agence. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut, sans autorisation, utiliser les biens de l'Agence pour ses besoins personnels.

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.

41. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

42. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.

Interventions abusives

43. Hormis le président-directeur général ou le directeur de santé publique, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du président-directeur général, du directeur de santé publique ou de tout autre cadre supérieur.

44. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

45. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'Agence.

46. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'Agence.

47. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

48. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'Agence; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

49. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

50. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

51. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT

L'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat

À cette fin, l'administrateur :

52. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

53. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

54. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Agence, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.

55. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenu dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'Agence ou des établissements de santé ou de services sociaux.

56. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

57. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

V. MÉCANISMES D'APPLICATION

58. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'Agence. Il doit s'assurer de la connaissance, par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.

59. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si l'allégation concerne le président du conseil d'administration.

Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Toute allégation retenue par le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le conseil d'administration doit être transmise au comité sur l'éthique et la déontologie constitué en vertu du présent Code.

Tenue de l'enquête

60. Le comité sur l'éthique et la déontologie décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

61. Au moment où il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées des lois, des règlements ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai de sept jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire

témoigner toute personne de son choix, de se faire représenter et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

62. À la suite de son enquête, le comité sur l'éthique et la déontologie transmet au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, un rapport contenant un sommaire de l'enquête et les recommandations de sanction ou de corrections, le cas échéant. Ce rapport est confidentiel.

Décision

63. À la suite du rapport du comité sur l'éthique et la déontologie, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, doit décider si l'administrateur a enfreint ou non une disposition d'une loi, d'un règlement ou du présent Code. L'administrateur peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Si la décision est à l'effet que l'administrateur a contrevenu à une loi, un règlement ou au présent Code, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, transmet, pour décision finale, l'allégation, le dossier et ses recommandations au secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif peut relever provisoirement de ses fonctions, avec rémunération le cas échéant, l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

64. Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif doit, sur réception de l'allégation, faire part à l'administrateur des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

Lorsque le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif arrive à la conclusion que l'administrateur a contrevenu à une loi, à un règlement ou au présent Code, il transmet sa recommandation au secrétaire général du Conseil exécutif qui décide de la sanction à imposer.

Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la révocation. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

Si la sanction proposée consiste en la révocation de l'administrateur, celle-ci ne peut être imposée que par le gouvernement.

VI. ENGAGEMENTS

65. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe II du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'annexe III du présent Code.

VII. LA PROTECTION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DU CODE

66. Le législateur précise que les personnes qui seront responsables de voir à l'application du Code ne peuvent faire l'objet de poursuite en justice pour des actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Cette protection s'étend à toute personne qui se voit confier un mandat d'enquête ainsi qu'au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, lorsqu'il recommande l'imposition d'une sanction à l'administrateur en faute.

La loi n'exonère pas cependant la personne qui fait une allégation malicieuse à l'égard d'un administrateur dans le but de nuire à sa réputation. De même, les personnes chargées de l'application du Code peuvent s'exposer à une poursuite judiciaire si elles agissent de façon malhonnête ou malicieuse dans l'accomplissement de leur mandat.

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

67. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du *Code d'éthique et de déontologie* des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

68. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le *Code d'éthique et de déontologie* des administrateurs.

69. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

IX. CRÉATION DU COMITÉ SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

70. Par le présent Code, un comité sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé de trois membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autre que le président du conseil d'administration et le président-directeur général.

Le mandat de chacun de ces membres est d'une durée d'un an.

71. Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.

72. Sous réserve de l'article 71, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

73. Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 69 du présent Code.

74. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du comité, ce dernier ne peut siéger au comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décidée par le conseil.

75. Le quorum des réunions du comité est de trois membres.

Les décisions du comité sont prises à la majorité simple des membres présents.

76. Les fonctions du comité sont les suivantes :

a) S'assurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code;

b) Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code;

c) Déterminer, à la suite d'une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code;

d) Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

X. CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

77. Le président-directeur général peut désigner toute personne pour agir à titre de conseiller à l'éthique et à la déontologie, notamment pour conseiller les administrateurs ou pour appuyer le comité sur l'éthique et la déontologie dans ses fonctions.

XI. DISPOSITIONS FINALES

78. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration.

Reddition de comptes :

Engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2005-2006

ANNEXE B

Reddition de comptes : Engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2005-2006

Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation des établissements									Commentaire
			CSSS HCN	CSSS Manic.	CSSS PC	CSSS SÎ	CSSS Mingan.	CSSS BCN	CSSS Hématite	CLSC Naskapi	CPRCN	
Déposer le plan de mise en œuvre de votre projet clinique.	Dépôt du plan de mise en œuvre	15 décembre 2005	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Collaborer à l'implantation de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) conformément au plan d'action ministériel à cet effet.	Participation aux formations	31 mars 2006	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui			
Collaborer à la démarche régionale de révision du programme d'accès aux services en langue anglaise.	Réponse aux demandes	31 mars 2006				Oui	Oui	Oui	Oui			
Appliquer les nouvelles normes du travail dans le cadre de la gestion de l'allocation directe.	Confirmation	31 mars 2006	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Assurer l'implantation et le suivi du mécanisme local de concertation avec le réseau scolaire en lien avec la TRIPPS.	Confirmation du démarrage	15 décembre 2005	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Affecter un intervenant au développement et à la prise en charge des résidences d'accueil et des ressources intermédiaires.	Confirmation	31 mars 2006			Oui							
Consolider le financement des ressources de type familial.	Ne s'applique pas	31 mars 2006		Oui		Oui						
Mobiliser le milieu au regard de la prise en charge de la moitié des frais reliés à la rémunération des travailleurs de rue au sein de votre territoire.	État de situation	31 mars 2006		Oui	Oui	Oui	Oui					
Appliquer le Programme québécois de lutte contre le tabagisme, notamment : ▪ les centres d'abandon tabagique; ▪ promotion du défi «J'arrête, j'y gagne»; ▪ application du programme «La gang allumée, pour une vie sans fumée».	Nombre de fumeurs vus Activités réalisées	31 mars 2006	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Participation au développement du plan d'action régional en promotion de saines habitudes de vie et en prévention des maladies chroniques.	Ne s'applique pas	31 mars 2006	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨			Démarche reportée en 2006-2007.

Légende :

☐ Situation ne s'applique pas pour l'établissement
▨ Démarche reportée

Annexe B

Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation des établissements									Commentaire
			CSSS HCN	CSSS Manic.	CSSS PC	CSSS SÎ	CSSS Mingan.	CSSS BCN	CSSS Hématite	CLSC Naskapi	CPRCN	
Assurer la promotion de saines habitudes alimentaires et effectuer des activités de prévention pour la clientèle diabétique. Dresser un bilan annuel des activités réalisées en prévention et promotion au niveau de l'alimentation, incluant le nombre de clients rejoints et les professionnels formés.	Clientèle rejointe Bilan déposé	31 mars 2006	Oui									
Mettre en place les activités requises pour contrer les infections nosocomiales, notamment : • élaborer un état de situation sur le contrôle des infections nosocomiales en milieu de soins de longue durée; • consolider les ressources professionnelles additionnelles en prévision des éclosions et pour le remplacement lors d'absence; • participer aux activités de formation : le congrès annuel de l'AIPI; • participer aux rencontres de la Table régionale en prévention des infections nosocomiales; • assurer la participation des infirmières à la formation de base sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales offerte par l'INSPQ à l'automne 2005.	État de situation	31 mars 2006	En cours	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Réaliser les activités prévues au projet spécial de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque pour les clientèles à risque et les travailleurs de la santé.	Bilan	31 mars 2006	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Contribuer à la détermination de la stratégie pertinente pour votre territoire au regard du plan d'action régional concernant les nouvelles orientations ministérielles pour «Les services aux aînés en perte d'autonomie - Un défi de solidarité».	Participation à la rencontre de consultation	22 novembre 2005	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui				
Maintenir les cinq lits d'hébergement de longue durée excédant le permis d'opération.	Confirmation	31 mars 2006				Oui						
Maintien et suivi de la ressource intermédiaire «Centre de convalescence Pie XII».	Entente de services	31 mars 2006		Oui								
Consolidation du financement pour le programme SIMAD.	Rapport	31 mars 2006	▨	▨	▨	▨		▨				Intégré au système d'information GAD (Gestion de l'allocation directe).

Légende :

☐ Situation ne s'applique pas pour l'établissement
▨ Démarche reportée

Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation des établissements									Commentaire
			CSSS HCN	CSSS Manic.	CSSS PC	CSSS SÎ	CSSS Mingan.	CSSS BCN	CSSS Hématite	CLSC Naskapi	CPRCN	
Collaborer à l'implantation d'une coopérative agissant comme EESAD sur votre territoire et superviser les mesures transitoires mises en place d'ici à ce que cette coopérative puisse être en force.	Confirmation	1er novembre 2005					Oui					
Assurer l'accès à des services d'audiologie de première ligne.	Rapport	31 mars 2006			Oui		Oui	Oui	Non			
Collaborer à la mise en place de ressources d'hébergement en déficience physique à Sept-Îles : Identification des caractéristiques de la ressource.	Préparation et participation à la rencontre	15 décembre 2005				Oui					Oui	
Collaborer à la démarche régionale de clarification de l'offre de service dans le programme de déficience intellectuelle - TED : selon l'échéancier du plan d'action.		31 mars 2006	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨			Démarche reportée en 2006-2007.
Convenir d'ententes de services avec des organismes du milieu visant la supervision des droits d'accès pour les jeunes en collaboration avec le ministère de la Famille.	Entente de services	31 mars 2006	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨			Démarche reportée en 2006-2007.
Implanter les nouvelles mesures de soutien aux jeunes parents dans le cadre du programme «Accoucher loin de son milieu de vie».	Confirmation	31 mars 2006					Oui	Oui	Oui			
Voir au maintien et au bon fonctionnement des mesures particulières destinées aux jeunes en difficulté et à leur famille soit l'équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ) et le projet Équinoxe.	Rapport d'étape	31 mars 2006				Oui						
Avoir complété et validé la collecte d'information prévue qui mène à un inventaire des services et dépenses en santé mentale.	Formulaires complétés	28 février 2006	Oui	Oui	Oui	En cours	Oui	En cours	En cours			
Continuer de collaborer à la mise en place du modèle régional d'intervention en situation de crise, notamment en s'assurant d'établir des ententes et des mécanismes de liaison entre les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques et les services dans la communauté (intervention terrain, suivi postcrise, hébergement et soutien d'intensité variable).	Participation aux rencontres Entente de services	31 mars 2006	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui			Le CSSS de la Basse-Côte-Nord n'a pas encore conclu d'ententes de services.

Légende :

☐ Situation ne s'applique pas pour l'établissement
▨ Démarche reportée

Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation des établissements									Commentaire
			CSSS HCN	CSSS Manic.	CSSS PC	CSSS SÎ	CSSS Mingan.	CSSS BCN	CSSS Hématite	CLSC Naskapi	CPRCN	
Assurer la prise en charge régionale du volet «intervention téléphonique psychosociale de crise» du modèle régional d'intervention de crise dans le cadre de l'implantation du volet Info-Social/Urgence-détresse au sein de la centrale régionale Info-Santé.	Rapport d'étape	1er octobre 2005					Oui					
Actualiser les deux places en ressource de type familial en santé mentale prévues à l'entente de gestion 2004-2005.	Confirmation	31 mars 2006	Oui									
S'assurer que les éléments nécessaires au maintien des désignations CRID et CDD demeurent en place.	Maintien des désignations	31 mars 2006		Oui								
S'assurer que les éléments nécessaires au maintien de la désignation CDD demeurent en place.	Maintien de la désignation	31 mars 2006				Oui	Oui					
S'assurer de l'atteinte des objectifs du PQDCS pour sa population (24 $/mammographie).	État de situation	31 mars 2006		Oui								
S'assurer de l'atteinte des objectifs du PQDCS pour sa population.	État de situation	31 mars 2006	Oui		Oui		Oui	Oui	Oui			
S'assurer de l'atteinte des objectifs du PQDCS pour sa population de desserte (MRC Sept-Rivières, 23 $/mammographie).	État de situation	31 mars 2006				Non						
Assurer la mise en place des éléments requis pour la désignation d'une équipe locale interdisciplinaire d'oncologie.	État de situation	31 mars 2006		Oui		Oui						
Participer à la mise en place des ententes relatives aux corridors de services avec les paliers régionaux et suprarégionaux dans le cadre du déploiement du plan d'action sur le cancer pour les quatre sites de cancer suivants : poumon, sein, prostate et colorectal.	Activités réalisées par l'infirmière	31 mars 2006	Oui	Oui	Oui	En cours	En cours	En cours	Oui			Aucune entente de corridor de services signée.
Maintenir le service pour les patients vivant avec une MPOC, notamment l'accès à un réseau intégré de services.	Nombre de clients Nombre de professionnels formés	31 mars 2006	Oui									

Légende :

☐ Situation ne s'applique pas pour l'établissement
▨ Démarche reportée

Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation des établissements									Commentaire
			CSSS HCN	CSSS Manic.	CSSS PC	CSSS SÎ	CSSS Mingan.	CSSS BCN	CSSS Hématite	CLSC Naskapi	CPRCN	
Maladie chronique : • assurer l'accès à des services en réseau intégré pour les personnes souffrant de maladies chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque, diabète, ostéoporose, asthme); • implanter une stratégie d'action pour la prévention, le suivi et l'enseignement à la clientèle souffrant de maladie chronique : mettre en place un programme de suivi systématique de clientèle selon un modèle d'infirmière pivot en maladies chroniques.	Dépôt du plan d'action État de situation	31 mars 2006			Non	Oui						Dépôt d'un plan d'action du CSSS de Sept-Îles.
Développer un plan d'action visant la prise en charge de la clientèle souffrant de maladies chroniques. Le plan d'action devrait inclure une approche en réseau intégré incluant les volets de prévention, de suivi curatif et d'enseignement. Planifier le déploiement du plan d'action en utilisant notamment les ressources libérées par la régionalisation d'Info-Santé.	Dépôt du plan d'action État de situation	31 mars 2006		Non								
Organiser la visite du Centre de coordination nationale des urgences (CCNU).	Tenue de la visite	31 décembre 2005		Oui								
Déposer un plan d'ar[illegible]n de donner suite aux recommandations du rapport du CCNU.	Dépôt du plan d'action	31 mars 2006		Non		Oui						Le rapport de recommandations du CCNU a été reçu le 30 mars par le CSSS de Manicouagan.
Faire un bilan des activités réalisées à la suite des recommandations du CCNU.	Dépôt du plan d'action	31 mars 2006				Oui						
Déposer un bilan des activités liées au désengorgement des urgences et mettre à jour le plan d'action pour 2005-2006.	Dépôt du bilan des activités et mise à jour du plan d'action	31 décembre 2005		Oui		Oui						
Poursuivre l'implantation du système d'information de gestion dans les urgences.	État de situation	31 mars 2006		En cours		En cours						

Légende :

☐ Situation ne s'applique pas pour l'établissement
☒ Démarche reportée

Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation des établissements									Commentaire
			CSSS HCN	CSSS Manic.	CSSS PC	CSSS SI	CSSS Mingan.	CSSS BCN	CSSS Hématite	CLSC Naskapi	CPRCN	
S'assurer que les mesures sont prises relativement à l'accessibilité aux services de chirurgies pour le remplacement de la hanche et du genou, notamment : ▪ revoir les règles relatives à l'inscription d'un patient en liste d'attente; ▪ documenter tous les cas qui excèdent trois mois d'attente; ▪ évaluer la possibilité d'établir un corridor de services pour la clientèle qui ne peut bénéficier d'une chirurgie dans les délais reconnus provincialement.	État de situation	31 mars 2006		En cours		Oui						
Concernant les chirurgies de la cataracte : ▪ assurer l'accès à une consultation en ophtalmologie pour les patients nécessitant une chirurgie de la cataracte; ▪ mettre en place un corridor de services pour la clientèle qui ne peut bénéficier d'une chirurgie en l'absence d'ophtalmologiste installé; ▪ évaluer la possibilité d'établir une entente avec le RUIS-UL afin de pouvoir assurer les services d'ophtalmologie sur une base régulière.	État de situation	31 mars 2006		En cours								
Participer activement à la visite des installations par une équipe d'experts et cibler des projets d'économie d'énergie pour les années 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009.	Audit par la CHQ	31 mars 2006	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		Oui	
Collaborer à l'élaboration des projets cliniques initiés par les CSSS particulièrement en précisant l'offre de service disponible selon les programmes reliés à votre mandat.	Document «Offre de service»	31 mars 2006									Oui	
Participer à l'implantation des comités locaux et des comités de secteurs visant une meilleure concertation avec le réseau de l'éducation.	Confirmation de participation	15 décembre 2005									Oui	
Participer au comité mandaté par l'Agence pour mener à terme le «projet d'intensification des services spécialisés de réadaptation en déficience physique pour la clientèle nécessitant normalement des services dispensés en unité de réadaptation fonctionnelle intensive» (URFI). Voir au recrutement de la ressource externe. Dépôt de l'étude de faisabilité : selon l'échéancier du comité.	Dépôt de l'étude	28 février 2006									Oui	

Légende :

☐ Situation ne s'applique pas pour l'établissement
▨ Démarche reportée

Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation des établissements									Commentaire
			CSSS HCN	CSSS Manic.	CSSS PC	CSSS SI	CSSS Mingan.	CSSS BCN	CSSS Hématite	CLSC Naskapi	CPRCN	
Actualiser le projet d'intensification des services de réadaptation en centre hospitalier selon les conclusions de l'étude citée précédemment.	Plan de mise en oeuvre	31 mars 2006									Oui	
Déposer le programme fonctionnel et technique (PFT) pour le projet d'immobilisation des URFIs.	Dépôt du programme	30 novembre 2005									Oui	
Convenir d'ententes spécifiques avec des organismes communautaires visant à accroître les services d'hébergement permanent (1 place) et de répit-dépannage (3 places) sur les territoires de Sept-Îles, de la Minganie et de Fermont.	Entente de services	31 mars 2006									Oui	Partiellement.
Procéder à une analyse des besoins en services d'audiologie de première et de deuxième ligne pour l'est de la région.	Dépôt de l'étude	31 mars 2006									Non	
Consolider le budget de transport et d'hébergement des personnes handicapées.	État de situation	28 février 2006									Oui	
Soumettre un rapport confirmant la fréquentation du programme d'aide familial et social (PAF) par les jeunes et les familles concernées pour le territoire de la Haute-Côte-Nord.	Rapport d'étape	31 mars 2006									Oui	
Participer au projet expérimental d'équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ) pour le territoire de Sept-Rivières.	Participation aux rencontres	31 mars 2006									Oui	
Adopter une politique relative aux normes de pratique professionnelle en matière de retrait du milieu familial des enfants et des jeunes.	Politique	31 mars 2006									En cours	
Préciser le rôle de l'équipe de deuxième niveau en santé mentale pour les jeunes du Centre jeunesse : À partir des travaux du comité sur la problématique suicidaire en centres jeunesse en collaboration avec l'Agence, s'assurer que le mandat des équipes de deuxième niveau inclut à la fois le volet du risque suicidaire chez les jeunes et aussi celui de la santé mentale des jeunes qui sont confiés au Centre jeunesse.	Rapport d'étape	31 mars 2006									Oui	

Légende :

☐ Situation ne s'applique pas pour l'établissement
☑ Démarche reportée

Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation des établissements									Commentaire
			CSSS HCN	CSSS Manic.	CSSS PC	CSSS SI	CSSS Mingan.	CSSS BCN	CSSS Hématite	CLSC Naskapi	CPRCN	
Soutenir par de la formation, l'intervention de réadaptation auprès de la clientèle multiproblématique : Bien que la clientèle multiproblématique concerne aussi les programmes «dépendances» et «DI-TED», nous associons la majeure au programme «santé mentale» afin de permettre au comité de travail cité ci-dessus de pouvoir déployer des activités de formation permettant de mieux outiller le personnel au regard des problématiques de santé mentale. Une fois ce besoin circonscrit, il sera possible pour le Centre jeunesse d'y greffer des activités liées aux autres problématiques (exemple : toxicomanies).	Bilan	31 mars 2006									▨	Démarche reportée en 2006-2007.
Collaborer à l'analyse des services résidentiels utilisés en Centre jeunesse par des jeunes ayant un trouble mental selon les modalités convenues avec l'Agence.	Grilles complétées	31 mars 2006									Oui	
DANS LE CADRE DU PLAN D'ACTION SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES :												
Installer adéquatement et en nombre suffisant des utilités souillées et propres à l'urgence, aux soins intensifs et aux unités de soins.	État de situation	31 mars 2006				Non						
Installer des macérateurs à l'urgence, aux soins intensifs et aux unités de soins.	État de situation	31 mars 2006		Oui		Non						
Installer des robinetteries mains libres à l'urgence, aux soins intensifs et aux unités de soins.	État de situation	31 mars 2006		Oui		Oui						
Ajouter une chambre à pression négative.	État de situation	31 mars 2006		Oui		Non						

Légende :

☐ Situation ne s'applique pas pour l'établissement
▨ Démarche reportée

ANNEXE C

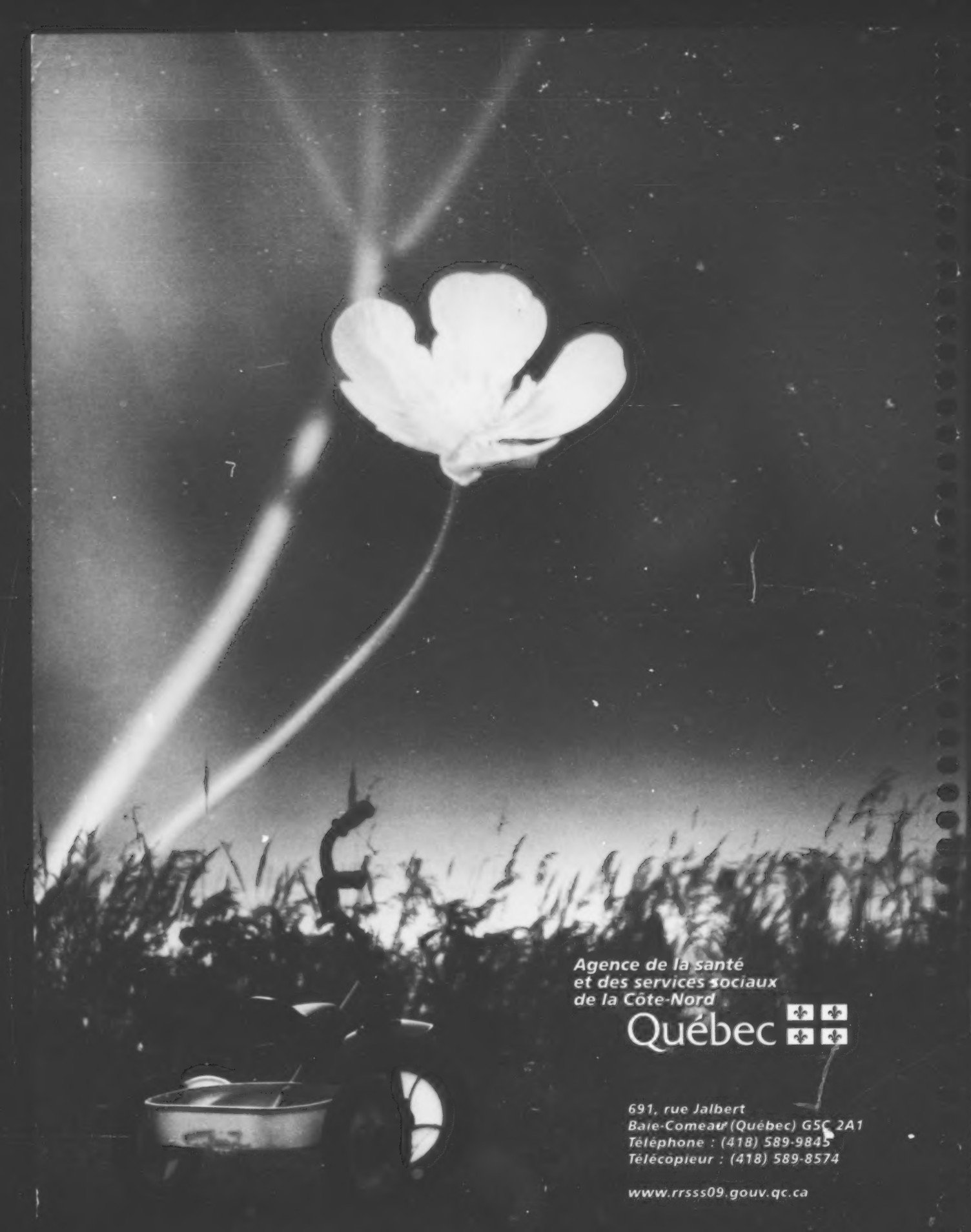
Répartition des maladies à déclaration obligatoire déclarées en 2005 selon les territoires de CSSS et la région Côte-Nord

Répartition des maladies à déclaration obligatoire déclarées en 2005 selon les territoires de CSSS et la région Côte-Nord

MALADIE	CSSS de la Haute-Côte-Nord	CSSS de Manicouagan	CSSS de Port-Cartier	CSSS de Sept-Îles	CSSS de la Minganie	CSSS de la Basse-Côte-Nord	CSSS de l'Hématite	CLSC NASKAPI	TOTAL CÔTE-NORD	
									2005	2004
Amibiase		1							1	1
Cyclosporose		1							1	2
Fièvre paratyphoïde B									0	2
Gastro-entérite épidémique									0	13(3)
Gastro-entérite à *Yersinia entérocolitica*	2	2							4	0
Giardiase	7	3		2					12	10
Infection à campylobacter	4	12		2(1)	1				19(1)	36(3)
Infection à *E. coli* producteur de vérocytoxone									0	1
Salmonellose	3	3	4	5			1		16	14(1)
Shigellose					1				1	0
Toxi-infection alimentaire (mollusques)									0	4
Hépatite B (porteur chronique)	2	2					1		5	7
Hépatite C		1	2	3(1)		2	2(1)		10(2)	24
Infection à *Chlamydia trachomatis*	26	88(39)	21	92(41)	33(29)	35(33)	16(9)	(4)	315(155)	328(120)
Infection gonococcique					1(1)				1(1)	6
Sida/infection par le VIH									0	0
Syphilis latente précoce					1(1)				1(1)	0
Syphilis latente tardive						1			1	1
Coqueluche		1							1	2
Infection invasive à méningocoque									0	0
Infection invasive à *Streptocoque pneumoniae*		12(4)		9(4)	1(1)	1(1)	1(1)	(1)	25(12)	16(5)
Infection à plasmodium (paludisme)									0	0
Infection invasive à streptocoque du groupe A		2		4(2)					6(2)	3(1)
Tuberculose		2(2)							2(2)	5(2)
Tularémie			1				1		2	0
TOTAL	44	130 (45)	28	117 (49)	38 (32)	39 (34)	22 (11)	(5)	423 (176)	475 (135)

( ) Nombre de cas déclarés dans les communautés autochtones (ce nombre est inclus dans le total)

Source : Laboratoire de santé publique du Québec, sommaire des MADO, période se terminant le 31 décembre 2005



Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord

Québec

691, rue Jalbert
Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1
Téléphone : (418) 589-9845
Télécopieur : (418) 589-8574

www.rrsss09.gouv.qc.ca